

Отчет о реализации пилотного проекта

Оптимизация ключевых процессов в организациях первичного звена с применением принципов ценностно- ориентированного здравоохранения



Содержание

3	Определения терминов и сокращений
5	Резюме пилотного проекта
6	Предпосылки проведения пилотного проекта
8	Концепция пилотного проекта
10	Пилотные медицинские организации
12	Разработка КПЭ для различных групп работников
16	Определение ключевых процессов
17	Как пользоваться целевыми процессами
18	Процесс 1. Формирование немедицинским персоналом предварительной записи
27	Процесс 2. Предварительное информирование пациента о записи
35	Процесс 3. Определение цели всех входящих обращений пациентов
43	Процесс 4. Отработка обращений без привлечения врачебного персонала
53	Процесс 5. Контроль соблюдения периодичности приемов с целью диспансерного наблюдения в части функционала регистратуры
57	Процесс 6. Контроль соблюдения периодичности приема с целью диспансерного наблюдения в части функционала терапевтического участка
62	Процесс 7. Включение пациента в группу диспансерного наблюдения врача-терапевта участкового
75	Процесс 8. Определение групп риска осложнений у лиц, находящихся под диспансерным наблюдением
84	Процесс 9. Назначение бесплатных лекарственных средств для пациентов, перенесших сердечно-сосудистое событие
89	Процесс 10. Курация пациентов, перенесших сердечно-сосудистое событие
94	Перечень экспертов
95	Команда проекта
96	Контакты

Определения терминов и сокращений

ДН	диспансерное наблюдение
ЕПГУ	единый портал государственных и муниципальных услуг
ЕСИА	единая система идентификации и аутентификации
МИС	медицинская информационная система
МО	медицинская организация
НПА	нормативный правовой акт
ОПЖ	ожидаемая продолжительность жизни
ПГГ	программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи
ЛС	лекарственные средства
ОСОТ	отраслевая система оплаты труда
ССС	сердечно-сосудистое событие
ЦОЗ	ценностно-ориентированное здравоохранение
SMS	служба коротких сообщений (Short Message Service)
КПЭ	ключевые показатели эффективности
Непрофильный функционал	функции, не предусмотренные профессиональным стандартом соответствующего медицинского работника, не связанные напрямую с оказанием медицинской помощи и для выполнения которых от исполнителя не требуется наличие высшего или среднего медицинского образования
Целевые обращения	обращения, направленные на получение медицинской помощи
Речевой модуль	небольшая выверенная и логически целостная речевая конструкция, описанная в текстовой форме
Скрипт разговора	коммуникационные сценарии, включающие последовательность речевых модулей для оператора колл-центра
Слот	период времени в расписании приема медицинского работника, установленный для оказания единичного случая первичной медико-санитарной помощи (в т.ч. приема одного пациента, проведения одного диагностического исследования, лечебной процедуры)

Определения терминов и сокращений

Конкурентный слот слот, доступный для всех каналов записи

Вакантный слот слот, доступный для записи

Горизонт записи период времени (количество дней), начиная с текущего дня, на который разрешена запись на прием к врачу, диагностическое исследование, лечебную процедуру

Дистанционные обращения любые обращения пациентов или их законных представителей, направляемые в медицинскую организацию опосредовано

Лист ожидания механизм заявок на запись к врачу при отсутствии вакантных слотов в расписании с последующей записью в случае появления освободившегося слота

Колл-центр структурное подразделение медицинской или иной организации, выполняющее функции по обработке дистанционных обращений граждан, связанных с записью на прием, для получения той или иной медицинской услуги, или получения информации о медицинской организации и порядке ее работы

Инфомат терминал, предназначенный для записи на прием в медицинскую организацию и предоставления справочной информации

Чек-лист (проверочный список) форма учета результатов короткого опроса

Резюме пилотного проекта

Пилотный проект «Оптимизация ключевых процессов в организациях первичного звена с применением принципов ценностно-ориентированного здравоохранения» (Проект) был реализован в Тамбовской, Оренбургской, Курганской, Омской области, городе Севастополь, Республике Саха (Якутия) в период с февраля по август 2022 г.

Специалистами ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России и ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России разработаны критерии оценки эффективности (КПЭ), отвечающие принципам ценностно-ориентированного здравоохранения (ЦОЗ): повышающие качество обслуживания пациентов, здоровье населения, снижающие затраты на здравоохранение и улучшающие клинический опыт врачей.

Принципы ЦОЗ показали применимость к формированию КПЭ, ассоциированных с показателем ОПЖ и отражающих этапы целевых процессов в новых моделях первичного звена здравоохранения. Предикторы показателя ОПЖ являются управляемыми выходами процессов на уровне участковых служб, регистратур и колл-центров МО.

С применением бережливых технологий, при содействии экспертов ГК «Росатом», определены проблемы первичного звена, разработаны меры улучшения и проведен реинжиниринг бизнес-процессов в пилотных МО. Процессный подход, в применении с системными организационными мероприятиями, продемонстрировал эффективность в улучшении

показателей КПЭ, поэтому создание процессной модели МО и дальнейшее формирование целевых бизнес-процессов является перспективным. Требования к инфраструктуре первичного звена, включая потребности в цифровой трансформации, могут формироваться исходя из процессных оснований.

Передача отдельных трудовых функций немедицинскому персоналу продемонстрировала применимость в повышении доступности медицинской помощи в части снижения сроков ее ожидания для пациентов. Меры делегирования функциональных обязанностей медицинских работников обладают значительным потенциалом к широкому применению, а привлечение работников с немедицинским образованием – ресурсом снижения кадрового дефицита. При условии алгоритмизации процедур и процессной обоснованности выработки КПЭ нет оснований полагать, что успешность профессиональных действий немедицинских работников будет ниже, чем у сотрудников с высшим или средне-специальным медицинским образованием.

Проект показал свою успешность, а его результаты представляют ценность как для пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях, так и для организаторов здравоохранения, с целью выработки стратегических предпосылок развития своих организаций и первичного звена здравоохранения в целом.

Предпосылки проведения пилотного проекта

Сохранение и укрепление здоровья населения является одной из целей устойчивого развития и национальной безопасности Российской Федерации. В соответствии с Указом Президента¹ показателем достижения этой цели стало обеспечение устойчивого роста численности населения и повышение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) до 78 лет к 2030 г.

Движение к национальной цели по повышению ОПЖ осуществляется в условиях актуального для всего мира вызова – дефицита медицинских работников. Так, согласно данным ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России в 2021 г. дефицит врачей с учетом федеральных и частных медицинских организаций (МО) составил 26,4 тыс. человек².

В декабре 2021 г. с целью решения вопроса дефицита кадров в семи субъектах России началось планирование внедрения новой отраслевой системы оплаты труда для медицинских работников³, которая направлена на установление понятного и прозрачного механизма формирования заработной платы, повышение привлекательности отрасли для молодых специалистов и снижение разницы в заработной плате медицинских работников между субъектами.

Стоит отметить, что одним из ключевых направлений для достижения национальной цели также является развитие первичного звена здравоохранения,

которое должно включать не только инфраструктурные преобразования, но и изменение самих процессов оказания медицинской помощи.

Примером успешного проекта, направленного на реинжиниринг бизнес-процессов в организациях первичного звена, служит начавшийся в 2016 г. проект по созданию «Новой модели медицинской организации» (Бережливая поликлиника)⁴. Подходы бережливого производства, реализованные в первичном звене, показали эффективность, а сегодня возникла потребность в их применении совместно с ценностно-ориентированными принципами, в рамках нового пилотного проекта.

Модель ценностно-ориентированного здравоохранения (ЦОЗ) определяет ценность как измеряемое улучшение состояния здоровья человека за счет затрат на достижение этого улучшения.

Таким образом, для взаимоувязки реинжиниринга бизнес-процессов, трудовых функций и механизмов оплаты труда с повышением ценности для пациента, оцениваемой через понятные критерии результативности, позволяющие определить вклад оказываемой медицинской помощи в достижение национальной цели по повышению ОПЖ, было принято решение о старте нового проекта, направленного на оптимизацию ключевых процессов в организациях первичного звена с применением принципов ЦОЗ.

¹ Указ Президента Российской Федерации от 21.07.2020 №474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года»

² Федеральное статистическое наблюдение. Форма 1-здрав. 2021 г.

³ Постановление правительства РФ от 01.07.2021 №847 г. «О реализации пилотного проекта в целях утверждения требований к системам оплаты труда медицинских работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения»

⁴ Методические рекомендации «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»

Предпосылки проведения пилотного проекта

В рамках проекта определены ключевые критерии результативности для медицинских работников первичного звена, разработаны модели перераспределения функций между работниками для обеспечения наилучшей результативности и высвобождения полезного времени, а также описаны целевые биз-

нес-процессы в медицинских организациях. Все это должно обеспечить решение тех задач, которые стоят сегодня перед первичным звеном и системой здравоохранения в целом - повышение ОПЖ и удовлетворенности населения медицинской помощью в нашей стране.

Концепция пилотного проекта

Основные задачи пилотного проекта:

- ▶ разработать критерии оценки результативности (КПЭ) медицинской помощи, ассоциированные с ОПЖ и используемые при внедрении целевых процессов;
- ▶ сформировать новые модели первичного звена здравоохранения за счет автоматизации процессов и распределения функций с помощью бережливых технологий и клиентских путей;
- ▶ описать ключевые целевые изменения трудовых функций, их передачу между медицинским персоналом и работниками без медицинского образования;
- ▶ провести анализ применимости критериев оценки результативности для реализации проекта по внедрению новой отраслевой системы оплаты труда для медицинских работников.

В пилотный проект включены Тамбовская, Оренбургская, Курганская, Омская области, город Севастополь, Республика Саха (Якутия). Мероприятия в Белгородской области были запланированы при разработке плана проекта, но не были реализованы ввиду сложностей с транспортной логистикой из-за близости расстояния между субъектом и зоной проведения специальной военной операции.

Для реализации проекта предполагалось проведение ряда выездов в пилотные субъекты сотрудников ФГБУ «ЦНИ-ИОИЗ» Минздрава России, ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России и ГК «Росатом».

При содействии Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России группы координаторов дополнены региональными экспертами в сфере бережливого производства.



Рисунок 1. Образ результата пилотного проекта

Таблица 1. Польза пилотного проекта «Оптимизация ключевых процессов в организациях первичного звена с применением принципов ценностно-ориентированного здравоохранения»

Для пациента	Для персонала	Для системы
Повышение доступности медицинской помощи	Снижение непрофильной нагрузки за счет перераспределения отдельных функций, минимизация рисков профессионального выгорания	Выстраивание процессов с применением ценностно-ориентированных подходов
Удобная логистика получения медицинской помощи, а также административных услуг	Высвобождение времени врача для непосредственного общения с пациентом	Рост качества, эффективности и охвата прикрепленного населения диспансеризацией и диспансерным наблюдением
Повышение удовлетворенности медицинской помощью		Определение понятных и прозрачных критериев оплаты труда медицинских работников

Перечень этапов:



Пилотные медицинские организации

Для определения пилотных МО Департаментом проектной деятельности Минздрава России совместно с ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России и ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России разработана типизация (Таблица 2).

Таблица 2. Типизация медицинских организаций и критерии включения в пилотный проект

Критерий	Признак включения
По преимущественным видам оказываемой медицинской помощи	Первичная медико-санитарная помощь
По преимущественным условиям оказания медицинской помощи	Амбулаторные
По численности прикрепленного населения	30–50 тыс. человек
По преимущественному прикрепленному населению	Городское (n = 1 в каждом субъекте) Сельское (n = 1 в каждом субъекте) в структуре ФАП/ВА/ЦОВП
По преимущественному возрастному составу прикрепленного населения	Взрослые
По преимущественному источнику финансирования	Обязательное медицинское страхование (ОМС)
По объемам фактического использования медицинской информационной системы (МИС)	Используется значительно – большая часть форм медицинских документов формируется в МИС

В каждом субъекте» было принято решение проводить мероприятия пилотного проекта в двух организациях: с городским прикрепленным населением и с сельским. Условием включения сельской МО также было наличие в структуре ФАП, врачебной амбулатории или центра общей врачебной практики. Основным источником финансирования оказываемых медицинских услуг в пилотной МО были определены средства обязательно медицинского страхования.

Еще одним критерием включения в проект стало требование значительного объема фактического использования медицинской информационной системы (МИС), при котором большая часть форм медицинских документов формируется в МИС. Критерий использования МИС на этапе отбора был крайне важен, ввиду предполагаемых потребностей в автоматизации отдельных этапов или операций в процессах.

Таблица 3. Перечень пилотных медицинских организаций

Субъект	Полное наименование организации
Республика Саха (Якутия)	Государственное автономное учреждение Республики Саха (Якутия) «Мегино-Кангаласская центральная районная больница»
	Государственное автономное учреждение Республики Саха (Якутия) «Якутская городская больница №3»
Курганская область	Государственное бюджетное учреждение «Шадринская поликлиника»
	Государственное бюджетное учреждение «Шадринская центральная районная больница»
Омская область	Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №2»
	Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Исилькульская центральная районная больница»
Оренбургская область	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница им. Н.И.Пирогова» г. Оренбурга
	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Соль-Илецкая межрайонная больница»
Тамбовская область	ТОГБУЗ «Городская Клиническая Больница №4 г. Тамбова»
	ТОГБУЗ «Рассказовская центральная районная больница»
Город федерального значения Севастополь	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова»
	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Городская больница №9»

Разработка КПЭ для различных групп работников

Специалистами ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России и ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России разработаны критерии эффективности, отвечающие принципам ценностно-ориентированного здравоохранения (ЦОЗ): повышающие качество обслуживания пациентов, здоровье населения, снижающие затраты на здравоохранение и улучшающие клинический опыт врачей. ЦОЗ решает вопрос переноса акцентов с оценки следования нормам и стандартам, на результаты работы всей цепочки оказания медицинской помощи.

Критерии эффективности, отвечающим принципам ЦОЗ, должны соответствовать следующим требованиям:

- ▶ понятная и прозрачная для участников процесса методика расчета;
- ▶ доступные и определенные источники данных для расчета показателей;
- ▶ сбор данных осуществляется без участия оцениваемых специалистов;
- ▶ возможность автоматизации расчета показателей;
- ▶ понятный механизм управления показателями соответствующими работниками через оптимизацию процессов;
- ▶ наличие связи показателей с верхнеуровневыми медико-демографическими параметрами, такими как ожидаемая продолжительность жизни населения.

Таблица 4. Критерии оценки эффективности (КПЭ) и методики их расчета

1. Для оценки врачебного персонала

КПЭ 1

Доля пациентов, в отношении которых соблюдена периодичность приемов с целью диспансерного наблюдения (ДН), %

Числитель:

Среднее число лиц из числа состоящих под ДН на оцениваемом участке (терапевтическом, ВОП, ФАП), для которых на конец оцениваемого календарного месяца была соблюдена периодичность приемов с целью ДН у врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (согласно Приказу МЗ РФ №173н)

Знаменатель:

Среднее число лиц, состоящих под ДН на оцениваемом участке (терапевтическом, ВОП, ФАП) за оцениваемый календарный месяц

КПЭ 2

Доля лиц, вызвавших скорую медицинскую помощь по причине заболеваний, по которым они находятся под ДН, от общего количества лиц, находящихся под ДН у врача-терапевта участкового, %

Числитель:

Суммарное число лиц, вызвавших скорую медицинскую помощь по причине заболеваний и состояний, предусмотренных приложением к Приказу МЗ РФ №173н из числа находящихся под ДН на оцениваемом участке (терапевтическом, ВОП, ФАП)

Знаменатель:

Среднее число лиц, состоящих под ДН на оцениваемом участке (терапевтическом, ВОП, ФАП) за оцениваемый календарный месяц

КПЭ 3

Удельный вес пациентов, которым назначили лекарственное обеспечение из числа имеющих право на получение бесплатных лекарственных средств и перенесших сердечно-сосудистое событие (ССС), %

Числитель:

Суммарное число лиц, которым назначено лекарственное обеспечение, из числа имеющих право на получение бесплатных лекарственных средств по поводу перенесенного острого ССС в соответствии с федеральным проектом «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», и ранее не реализовавших такое назначение на отчетный период в оцениваемый месяц

Знаменатель:

Суммарное число лиц, относящихся к прикрепленному населению оцениваемого участка (терапевтического, ВОП, ФАП), перенесших нелетальное острое ССС за отчетный период в оцениваемый календарный месяц

КПЭ 4

Удельный вес пациентов, записанных врачом-терапевтом участковым к себе за отчетный месяц, %

Числитель:

Суммарное число лиц, записанных врачом-терапевтом участковым или врачом общей практики в рамках случая лечения и вне ДН, выполненных на собственные интервалы для записи пациентов в расписании на оцениваемый календарный месяц

Знаменатель:

Суммарное число лиц, записанных в расписании на оцениваемый календарный месяц к оцениваемому врачу-терапевту участковому или врачу общей практики, в рамках случая лечения и вне ДН (ведения группы ДН)

Таблица 4. Критерии оценки эффективности (КПЭ) и методики их расчета

2. Для среднего медицинского персонала

КПЭ 5

Доля пациентов, получивших лекарственные средства от числа пациентов, имеющих право на получение бесплатных лекарственных средств и перенесших ССС, %

Числитель:

Суммарное число лиц на оцениваемом участке (терапевтическом, ВОП, ФАП) за отчетный период в оцениваемый календарный месяц, перенесших нелетальное сердечно-сосудистое событие и получивших по этому поводу льготные лекарственные средства

Знаменатель:

Суммарное число лиц, относящихся к прикрепленному населению оцениваемого участка (терапевтического, ВОП, ФАП), перенесших нелетальное острое ССС за отчетный период в оцениваемый месяц

КПЭ 6

Доля пациентов, прошедших диспансеризацию после первого приема по диспансерному наблюдению в текущем году, %

Числитель:

Суммарное число лиц из числа состоящих под ДН согласно Приказу МЗ РФ №173н на оцениваемом участке (терапевтическом, ВОП, ФАП), которые прошли первый этап диспансеризации за предыдущий концу оцениваемого месяца период в 12 месяцев до момента оценки

Знаменатель:

Суммарное число лиц, состоящих под ДН > 12 месяцев на оцениваемом участке (терапевтическом, ВОП, ФАП) на конец оцениваемого календарного месяца

Таблица 4. Критерии оценки эффективности (КПЭ) и методики их расчета

3. Для немедицинского персонала

КПЭ 7

Доля обращений, отработанных без привлечения врачебного персонала и записи в расписании врача-терапевта участкового, %

Числитель:

Суммарное число обращений за месяц в МО (колл центр, регистратура, ЕПГУ) от прикрепленного населения, которые были отработаны и удовлетворены без записи в расписании на прием по всем оцениваемым участкам в МО (терапевтическим, ВОП, ФАП)

Знаменатель:

Суммарное число обращений в МО (колл центр, регистратура, ЕПГУ) от прикрепленного населения за месяц

КПЭ 8

Средний период ожидания от момента обращения за помощью (колл-центр, регистратура, ЕПГУ) до непосредственного получения медицинской помощи за отчетный месяц, дни

Среднее число дней по всем участкам в МО (терапевтическим, ВОП, ФАП), прошедших от момента обращения пациентов в МО (колл-центр, регистратура, ЕПГУ) до непосредственного получения медицинской помощи за отчетный период в оцениваемый календарный месяц

КПЭ 9

Удельный вес пришедших на амбулаторный прием лиц из числа записанных на прием за отчетный месяц к врачу-терапевту участковому, %

Числитель:

Суммарное число лиц, получивших консультативную услугу, из числа записанных на прием на оцениваемом участке в МО (терапевтическим, ВОП, ФАП), за оцениваемый календарный месяц

Знаменатель:

Суммарное число лиц, записанных на прием на оцениваемом участке в МО (терапевтическим, ВОП, ФАП), за оцениваемый календарный месяц

Определение ключевых процессов

Ключевая гипотеза проекта заключалась в том, что мероприятия по улучшению, реализованные с применением подходов бережливого производства, способны улучшить показатели ценностно-ориентированных критериев эффективности.

Сотрудники ГК «Росатом» и региональные эксперты в сфере бережливого производства провели обучение по lean-технологиям для рабочих групп пилотных медицинских организаций. В ходе обучения особое внимание уделено картированию, как инструменту процессной деятельности. Экспертами ФГБУ «ЦНИ-ИОИЗ» Минздрава России, ФГБУ «НМИЦ

ТПМ» Минздрава России проведены презентации КПЭ для различных групп специалистов и передана методология их расчета.

Определение и приоритизация проблем производилась на основании предложенных КПЭ с применением инструментов бережливого производства частично с экспертными группами в ходе выездных мероприятий. Процессы, влияющие на значения КПЭ и выделенные на основании приоритизации проблем, самостоятельно и независимо определены рабочими группами, исходя из необходимости улучшения предложенных КПЭ.

1. Формирование немедицинским персоналом предварительной записи.
2. Предварительное информирование пациента о записи.
3. Определение цели всех входящих обращений пациентов.
4. Обработка обращений без привлечения врачебного персонала.
5. Контроль соблюдения периодичности приемов с целью диспансерного наблюдения в части функционала регистратуры.
6. Контроль соблюдения периодичности приема с целью диспансерного наблюдения в части функционала терапевтического участка.
7. Включение пациента в группу диспансерного наблюдения врача-терапевта участкового.
8. Контроль соблюдения периодичности приема с целью диспансерного наблюдения в части функционала регистратуры.
9. Определение групп риска осложнений у лиц, находящихся под ДН. Курация пациентов, перенесших сердечно-сосудистое событие.
10. Курация пациентов, перенесших сердечно-сосудистое событие.

Далее приводятся результаты проекта в части реинжиниринга бизнес-процессов в пилотных МО в формате описания исходных процессов, целевых изменений, внедренных в организациях, и эффекта в виде динамики показателей результативности (КПЭ).

Как пользоваться целевыми процессами

Подходы развития первичного звена здравоохранения, опробованные в пилотном проекте «Оптимизация ключевых процессов в организациях первичного звена с применением принципов ценностно-ориентированного здравоохранения», соответствуют принципам непрерывного повышения качества (TQM) и подходам создания систем менеджмента качества в здравоохранении¹.

Целевые процессы, описанные в ходе пилотного проекта, могут быть внедрены в практику МО с применением модели непрерывного улучшения процессов цикла Шухарта-Деминга (PDSA/PDCA), что обеспечит их адаптацию к особенностям среды применения.

Оптимальной средой применения результатов настоящего отчета являются МО, соответствующие типизации, описанной ранее и приступившие к внедрению производственной системы ГК «Росатом» (Бережливых технологий). При этом в контексте создания новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (ФП «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»), необходимая степень соответствия критериям этой новой модели должна соответствовать уровню не ниже базового.

Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь – это процессная модель, разработанная с применением бережливых технологий и принципов ценностно-ориентированного здравоохранения.

Результаты проекта представлены в виде десяти независимых блоков процессов:

- ▶ Описание исходного бизнес-процесса, включая перечень типовых проблем и мер их решения.
- ▶ Описание целевого бизнес-процесса: текстовое описание этапов процесса, блок-схема процесса в нотации цепочки событий с ответственными за отдельные этапы и документационными/электронными выходами этапов. Ко входам и выходам процессов приведены требования, выделены этапы для разработки алгоритмов и цифровизации. Каждый процесс соотнесён с критерием оценки его эффективности.
- ▶ Результаты внедрения целевых бизнес-процессов в пилотных регионах представлены графиками с маркерами данных КПЭ в разрезе МО по терапевтическим участкам в случае, если это применимо (кроме КПЭ 7 – это показатель, который может быть реализован только после определения цели всех входящих обращений на уровне регистратуры и отработки обращений централизованными службами в МО).

¹ (ГОСТ Р 53092-2008; ИСО 9001:2000).



1 Формирование немедицинским персоналом предварительной записи

Описание исходного бизнес-процесса

В исходной модели в 12 пилотных МО значительную часть предварительной записи формировали врачи, записывая пациентов с целью повторного визита в собственное расписание непосредственно на приеме, что приводило к сокращению времени общения с пациентом и снижало доступность записи.

При этом выявлено отсутствие единообразия в порядке формирования расписания: различались как подходы к открытию расписания для записи (раз в две недели на 14 дней, каждую неделю на следующую неделю и другие варианты), так и структура по видам слотов.

В организациях не были сформированы единые подходы к структуре набора слотов, не организовано определение

цели обращения, что приводило к смешению потоков пациентов, способствуя образованию очередей и несоблюдению времени начала приема. Кроме того, суммарная длительность слотов в расписании не соответствовала графику работы врачей, их реальной нагрузке, не обеспечивала потребности пациентов.

В тех случаях, когда запись формировалась собственными сотрудниками организации (регистраторами, операторами колл-центра, администраторами) проблемой исходного уровня становилось отсутствие алгоритмов и скриптов общения. Отсутствовали ситуационные чек-листы, позволяющие структурировать информацию от пациента и сократить длительность разговора.

1 Формирование немедицинским персоналом предварительной записи

Таблица 5. Описание проблем исходного уровня процесса формирования немедицинским персоналом предварительной записи

№	Краткое описание проблемы	Организационные меры по решению проблемы
1	Потеря рабочего времени врача-терапевта участкового на согласование времени и даты повторной явки, формирование предварительной записи	Полная или частичная передача функции формирования предварительной записи немедицинскому персоналу
2	Невозможность учета числа пациентов, записанных врачом-терапевтом к себе из-за отсутствия учетных записей в МИС для медицинских сестер	Обеспечение собственными учетными записями в МИС всех работников и персонификация их аккаунтов по доступу к информации и пользовательским правам
3	Длительное ожидание со стороны пациенты ответа оператора при обращении по телефону с целью записи на прием	Выработка регламента формирования расписания и предварительной записи, выработать единые подходы создания типового набора слотов Совершенствование работы колл-центра и регистратуры: разработать речевые модули и алгоритмы работы
4	Возникновение очередей, перегруженность и недостаточная оперативность работников регистратуры	Разделение функционала сотрудников регистратуры и колл-центра: функции поддержки документооборота, поиска карт и их доставки до исполнителей медицинских услуг возложить на отдельных сотрудников или на сотрудников регистратуры в выделенное время работы

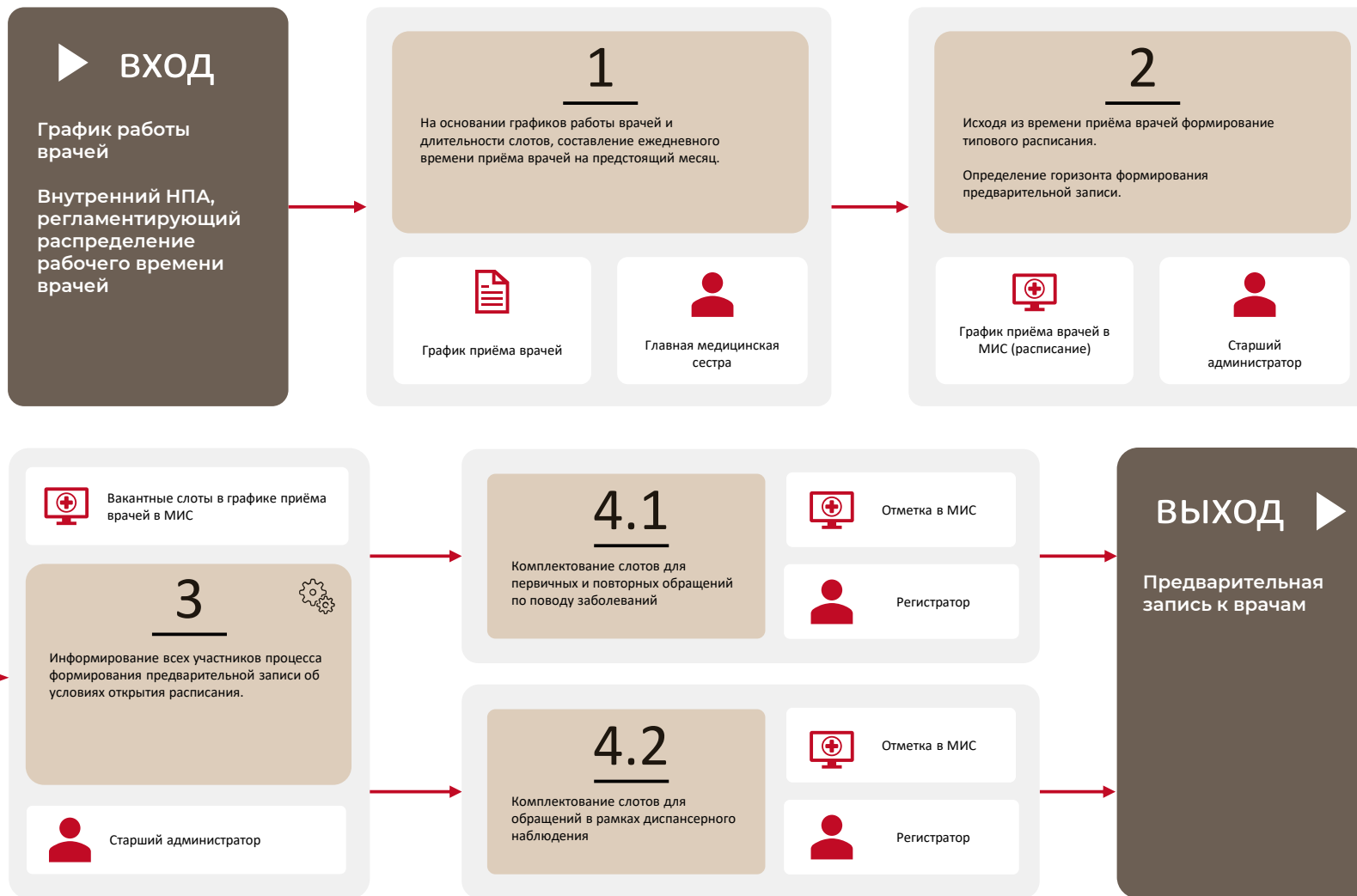
1 Формирование немедицинским персоналом предварительной записи

Описание целевого бизнес-процесса

- 1.** На первом этапе формируется и согласовывается с работниками график работы на один месяц, не позднее 5 числа каждого месяца на следующий месяц. На основании согласованного графика работы формируется ежедневный график приемов (расписание). Длительность ежедневных приемов определяется, исходя из должности сотрудника. потоков могут вводиться цветовая маркировка слотов, варьировать их длительность и правила записи. Оптимальным подходом организации этапа является настройка собственных пользовательских интерфейсов и прав доступа для различных групп специалистов в МИС, включая сотрудников из числа немедицинского персонала.
- 2.** Типовое расписание формируется набором слотов для записи пациентов с различными правами доступа и горизонтом записи. Слоты для записи с целью ДН могут иметь доступность в несколько месяцев, для планирования профилактической работы. Слоты для приема пациентов по поводу заболеваний не должны иметь доступный горизонт записи более 14 дней.
- 3.** Предварительная запись должна осуществляться по единым и общедоступным правилам. Рекомендуется разделять потоки пациентов по целям обращения: для первичного и повторного приема по поводу заболеваний и для приемов в рамках ДН. Для разделения
- 4.** Комплектование слотов является завершающим этапом формирования предварительной записи, требующим согласовать с пациентом дату и время явки, информировать о логистике в медицинской организации и подготовке к исследованиям. Эти действия не требуют врачебной квалификации и не создают ценности для пациента, если выполняются на врачебном приеме, поэтому они полностью должны быть делегированы немедицинскому персоналу. На приеме врач может формировать рекомендации (направления), на основании которых затем сотрудниками колл-центра или регистратуры будет сформирована предварительная запись.

Детальное описание процессов составления, ведения, актуализации расписания приема в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, и подходы оптимизации процесса записи на прием к врачу, представлены в методических рекомендациях «Организация записи на прием к врачу в том числе через Единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные колл-центры», 2022 г.

1 Формирование немедицинским персоналом предварительной записи



Легенда:



Вход/
Выход



1 Этап
(операция)



Документ



Ответственный



Запись в медицинской информационной
системе (МИС)



Переход между этапами
(операциями) процесса



Требуется
разработка алгоритма

1 Формирование немедицинским персоналом предварительной записи

Требования к входам и выходам процессов

Наименование входа/выхода	Требования
График работы врачей-терапевтов участковых	<ol style="list-style-type: none">1. Формируется на плановый период не менее чем один календарный месяц.2. В обязательном порядке согласовывается с сотрудниками.3. Утверждается не позднее 5 числа каждого месяца на следующий календарный месяц.
Внутренний нормативный правовой акт, регламентирующий распределение рабочего времени врачей-терапевтов участковых	<ol style="list-style-type: none">1. Соответствует действующим региональным и Федеральным нормативным правовым актам.2. Принят коллективным договором МО.3. Не нарушает права отдельных категорий работников.
Предварительная запись к врачам-терапевтам участковым	<ol style="list-style-type: none">1. Предусматривает возможность отмены вне зависимости от сроков до даты записи.2. На ближайший период предварительной записи в 24-48 часов организовано комплектование вакантных слотов.

Требуется разработка алгоритма и внедрения в функционал МИС

- ▶ Информирование всех участников процесса формирования предварительной записи об условиях открытия расписания.

Формирование предварительной записи методом скользящего окна является рутинной операцией, ошибки в которой могут снизить удовлетворенность пациента. Исходя из этого, алгоритмизация и цифровизация данной операции, посредством создания функционала в МИС, является приоритетной.

Критерий оценки эффективности

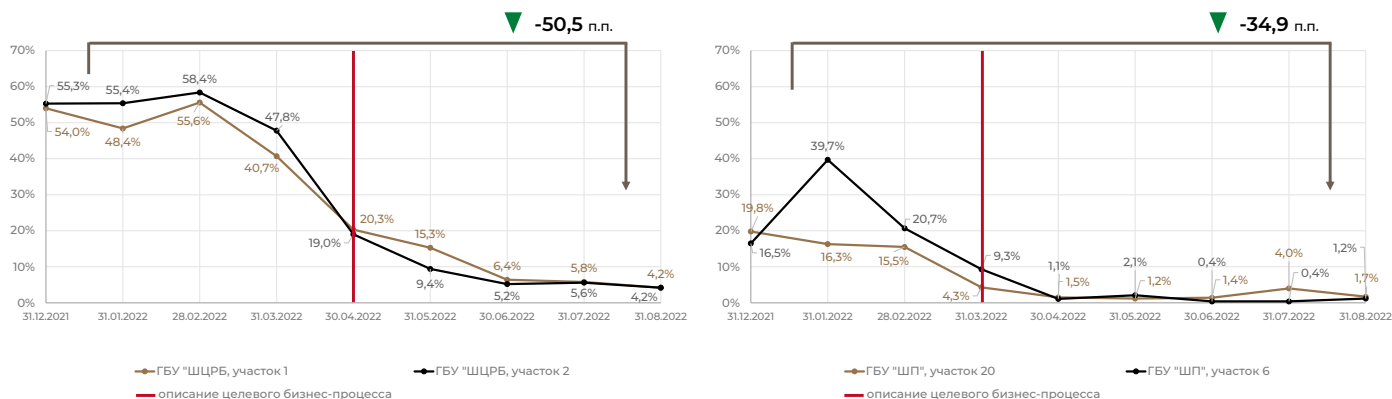
КПЭ 4 Удельный вес пациентов, записанных врачом-терапевтом участковым к себе за отчетный месяц, %

1 Формирование немедицинским персоналом предварительной записи

Результаты внедрения целевых бизнес-процессов в пилотных регионах

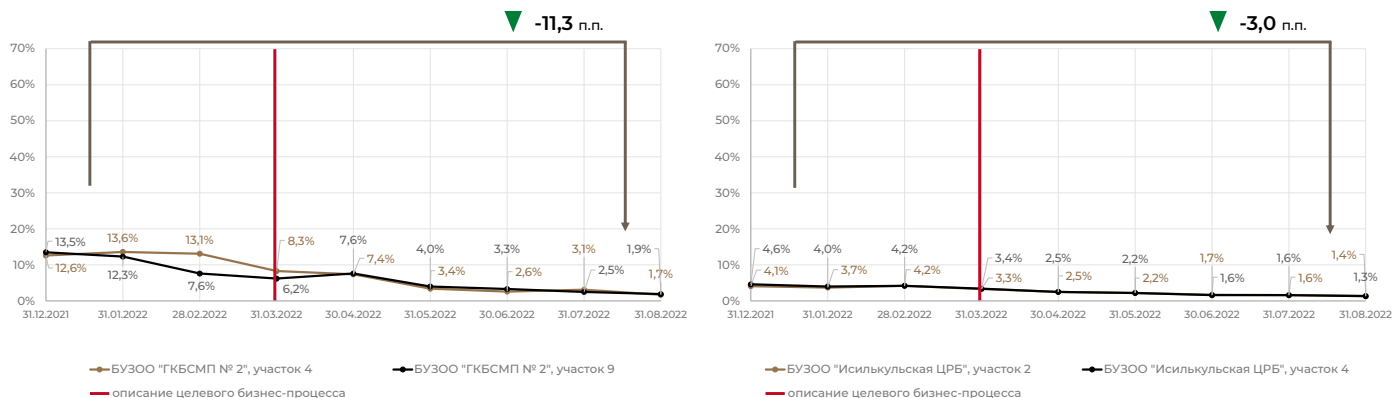
КПЭ 4 Удельный вес пациентов, записанных врачом-терапевтом участковым к себе за отчетный месяц, %

Курганская область



В ходе реализации проекта в Курганской области функционал по записи на повторный прием к врачу-терапевту участковому передан среднему медицинскому персоналу в случае записи в кабинете врача и немедицинскому персоналу — при записи по телефону и в регистратуре. В ГБУ "ШП" на участке 6 отклонение показателя в январе обусловлено снижением числа лиц, записанных к врачу за месяц. Так, в декабре 2021 г. число записанных составило 384 человека, в январе 2022 г. – 277, в феврале – 492.

Омская область



В БУЗОО «ГКБСМП № 2» в феврале 2022 г. отмечается снижение абсолютного числа и доли лиц, записанных врачом в собственное расписание за счет передачи функционала немедицинским работникам. Начиная с мая 2022 г., доля повторных посещений, отметка о которых в расписании сделана врачом-терапевтом, снижается до значения 4% и ниже, сохраняя стабильно низкий удельный вес в общей структуре записи.

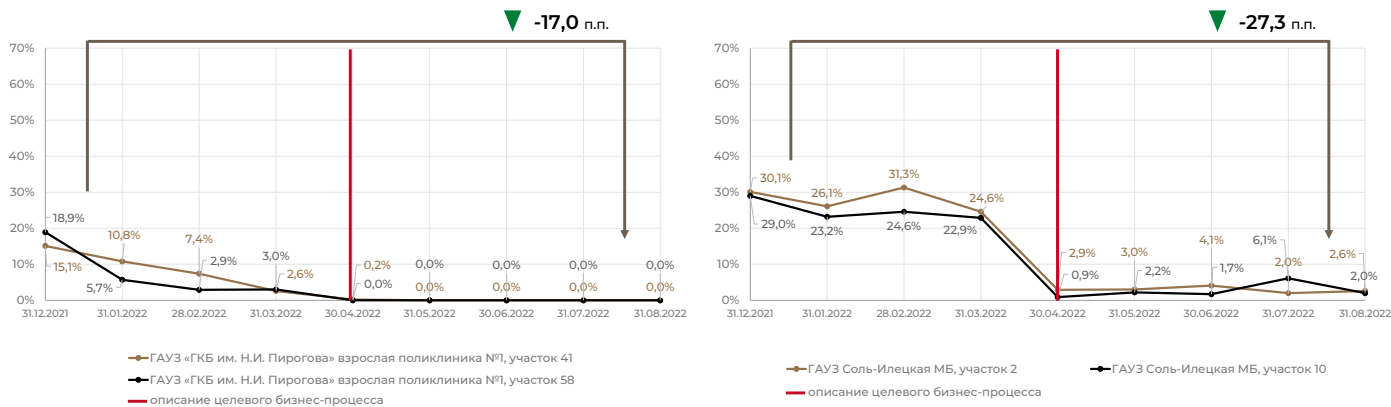
В БУЗОО «Исилькульская ЦРБ» также отмечается нисходящая динамика показателя, поскольку мероприятия пилотного проекта производились в МО синхронно. В БУЗОО «Исилькульская ЦРБ» функционал формирования предварительной записи уже был передан от врачей в регистратуру организации на момент начала пилотного проекта.

1 Формирование немедицинским персоналом предварительной записи

Результаты внедрения целевых бизнес-процессов в пилотных регионах

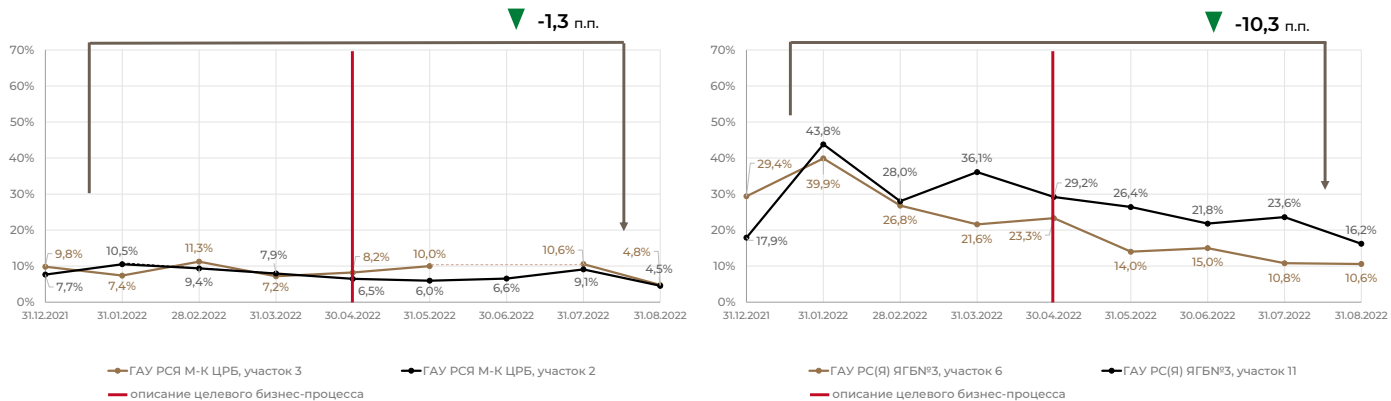
КПЭ 4 Удельный вес пациентов, записанных врачом-терапевтом участковым к себе за отчетный месяц, %

Оренбургская область



В Оренбургской области удалось добиться резкого снижения показателя: помимо внедрения целевого процесса этому способствовали организационные меры по разделению интерфейсов МИС для врача и медицинской сестры, делегирование медицинской сестре записей в расписании по поводу ДН, передача функционала по формированию предварительной записи в иных случаях немедицинскому персоналу.

Республика Саха (Якутия)



В ГАУ РСЯ М-К ЦРБ показатель оставался на низком уровне. В рамках организационных мер были выделены дополнительные штатные единицы для администраторов и упорядочена работа регистратуры, составлены алгоритмы работы.

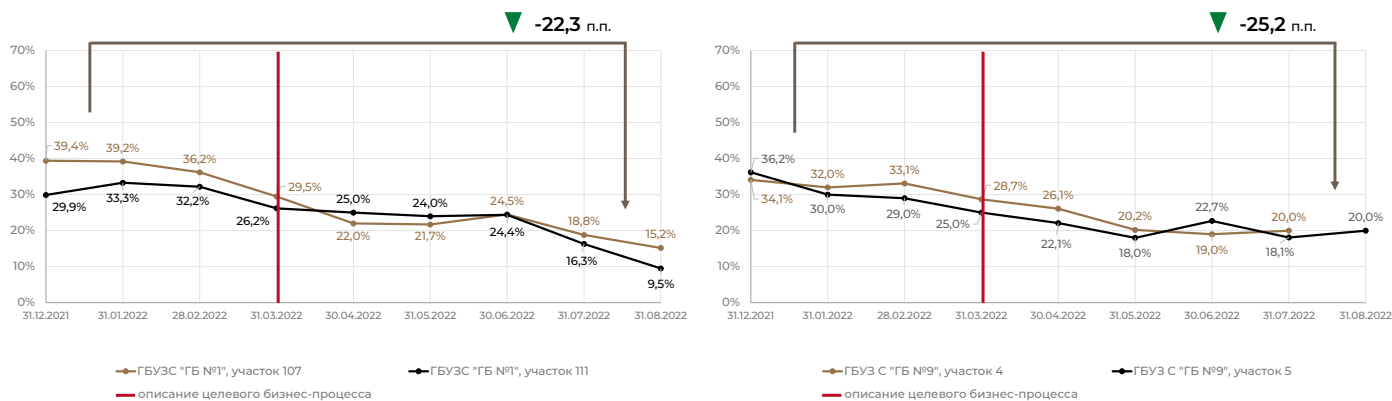
Низкая доля записанных к себе пациентов в показателе ГАУ РС(Я) ЯГБН№3 в январе 2022 г. обусловлена тем, что регистратурой в расписание МИС по ошибке записывались пациенты, фактически не получавшие медицинские услуги, что увеличивало суммарное число записей.

1 Формирование немедицинским персоналом предварительной записи

Результаты внедрения целевых бизнес-процессов в пилотных регионах

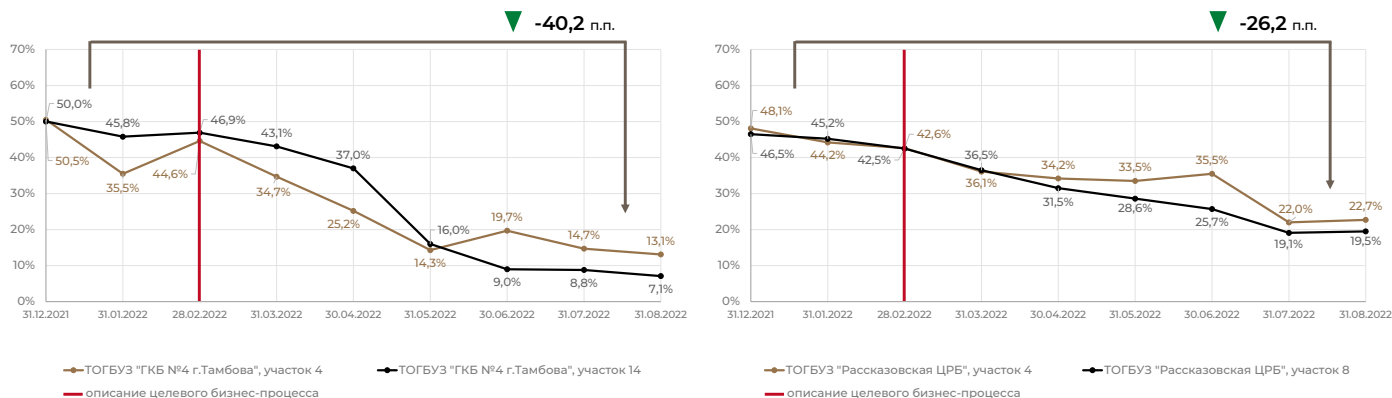
КПЭ 4 Удельный вес пациентов, записанных врачом-терапевтом участковым к себе за отчетный месяц, %

г. Севастополь



Внедрение целевого процесса позволило оптимизировать непрофильный функционал по формированию записи врачом и уменьшить долю записываемых на приеме до уровня ниже 15%. Показатель ГБУЗ С "ГБ №9" на участке 4 отсутствует в августе, поскольку врач находился в это время в ежегодном оплачиваемом отпуске.

Тамбовская область



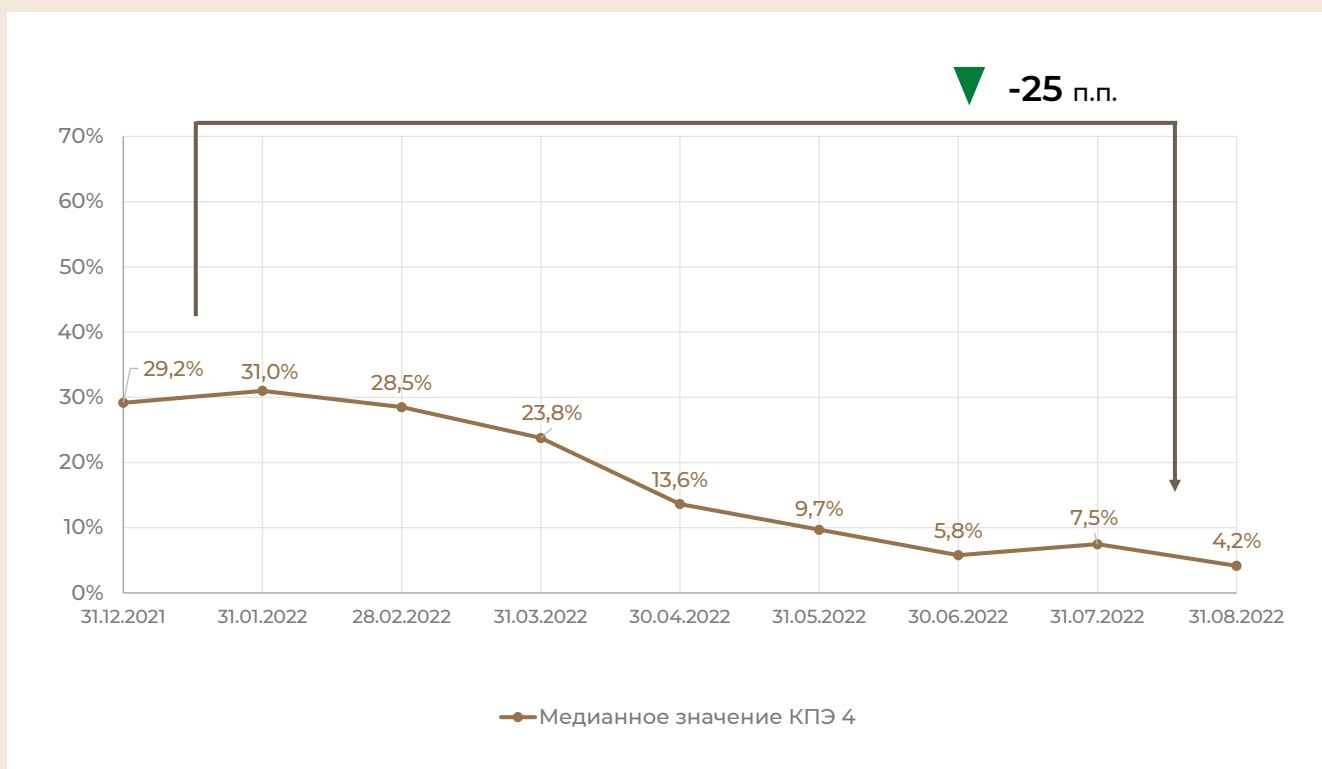
При внедрении целевого процесса формирования предварительной записи немедицинским персоналом удалось добиться снижения показателя записи врачом-терапевтом участковым к себе на всех участках пилотных МО в Тамбовской области.

1 Формирование немедицинским персоналом предварительной записи

Результаты внедрения целевых бизнес-процессов в пилотных регионах

КПЭ 4 Удельный вес пациентов, записанных врачом-терапевтом участковым к себе за отчетный месяц, %

Медианные значения по всем участкам пилотных медицинских организаций



После установочной встречи и первых выездных мероприятий в феврале 2022 г. медианные значения удельного веса пациентов, записанных врачом-терапевтом участковым к себе за отчетный месяц, демонстрируют снижение. Такая динамика и стабилизация значений показателя КПЭ 4 ниже 10% уже после мая 2022 г. показывает успешность изменений процессов и организационных мер.

Описание исходного бизнес-процесса

Основной причиной отсутствия предварительного информирования пациентов о записи являлось мнение о высокой стоимости таких мер у руководителей МО. Отдельные пилотные организации обладали опытом внедрения мер проактивного информирования пациентов, но отказались от них.

При анализе исходного состояния процесса отмечено, что организации первичного звена в сельской местности обрабатывают меньшее количество обращений пациентов (в среднем на 50%), поэтому внедрение данного процесса было для них менее актуально. Предварительное информирование по телефо-

ну, для пациентов в сельской местности, дополнительно осложнялось неустойчивостью связи.

Помимо сервисной составляющей для пациентов процесс предварительного информирования не обеспечивал отмены предварительной записи в случае, если пациент не мог явиться в ранее согласованное время и дату. Слоты становились вакантными только в том случае, если записавшийся сам обращался в МО. Сложность актуализации предварительной записи увеличивала долю не явившихся на прием, снижало доступность записи.

Таблица 6. Описание проблем исходного уровня процесса предварительного информирования пациента о записи

№	Краткое описание проблемы	Организационные меры по решению проблемы
1	Пациенты забывают о предварительной записи и не являются в медицинскую организацию	Обеспечение горизонта формирования предварительной записи в соответствии с предельными сроками ожидания оказания медицинской помощи в плановой форме
2	Недостаточное количество операторов колл-центра и регистраторов для организации предварительного информирования	Внедрение роботизированного обзвона с автоматической актуализацией предварительной записи в МИС Внедрение информирования пациентов о предварительной записи посредством SMS и сообщений в мессенджерах
3	Высокая стоимость предварительного информирования пациента о записи	Анализ потерь организации от не явившихся на прием пациентов и текущей стоимости автоматической актуализации предварительной записи
4	Отсутствие алгоритмизации процесса предварительного информирования пациента о записи	Разработку и утверждение чек-листов (кратких алгоритмов) для медицинского и немедицинского персонала по предварительному информированию пациента о записи

Описание целевого бизнес-процесса

- 1.** Перед явкой пациента требуется информирование о времени записи в МО заблаговременно (от 24 до 48 часов). Рекомендуемым действием исполнителя является отметка в МИС об информировании пациента. В случае его опосредованной записи в медицинскую организацию, то есть записи через инфомат, региональный портал или ЕПГУ, когда цель обращения при записи не определяется, цель обращения должна быть определена в ходе предварительного информирования.
- 2.** В ходе разговора с пациентом важно получить подтверждение о готовности явки в ранее согласованные дату и время в соответствии с заранее разработанным чек-листом. В случае отказа пациента от записи слот расписания требуется освободить, а с пациентом согласовать альтернативные дату и время.
- 3.** После подтверждения пациентом готовности визита в зарезервированное время нужно еще раз сообщить ему информацию о деталях записи: дату, время, дополнительные условия, наименование и адрес учреждения. Если у пациента не остается вопросов, то можно завершить разговор вежливым прощанием. Все этапы общения с пациентом могут быть автоматизированы роботизированным обзвоном.
- 4.** Дублирующим механизмом информирования пациента о предстоящей записи является информирование SMS или сообщениями в мессенджерах. Может являться как дополняющим, так и альтернативным способом информирования пациентов о предварительной записи. Сервис рассылки может быть интегрирован в МИС, для автоматического формирования списков пациентов, подлежащих информированию, передачи номеров телефонов и направления сообщений пациентам.

2 Предварительное информирование пациента о записи



Легенда:



Вход/
Выход



1 Этап
(операция)



Документ



Ответственный



Запись в медицинской информационной системе (МИС)



Переход между этапами
(операциями) процесса



Требует
разработки алгоритма

Требования к входам и выходам процессов

Наименование входа/выхода	Требования
Перечень пациентов, записанных в расписании с целью получения медицинских услуг в следующие 24-48 часов.	1. Наличие функционала МИС для выведения соответствующего перечня пациентов в форме простого списка.
Перечень пациентов, проинформированных о предварительной записи.	1. Наличие функционала МИС для отметки об информировании. 2. Возможность формирования в МИС отчета о результатах информирования за заданный период.

Требуется разработки алгоритма и внедрения в функционал МИС

- ▶ Информирование пациента о предстоящей явке в МО.

Требуется разработки скрипта разговора и доступно к цифровизации посредством роботизированного обзвона

- ▶ Автоматическое информирование пациента о дате и времени записи в МО (SMS, messenger, push)

Может быть реализовано как дополнительный метод информирования только в автоматическом режиме.

Критерий оценки эффективности

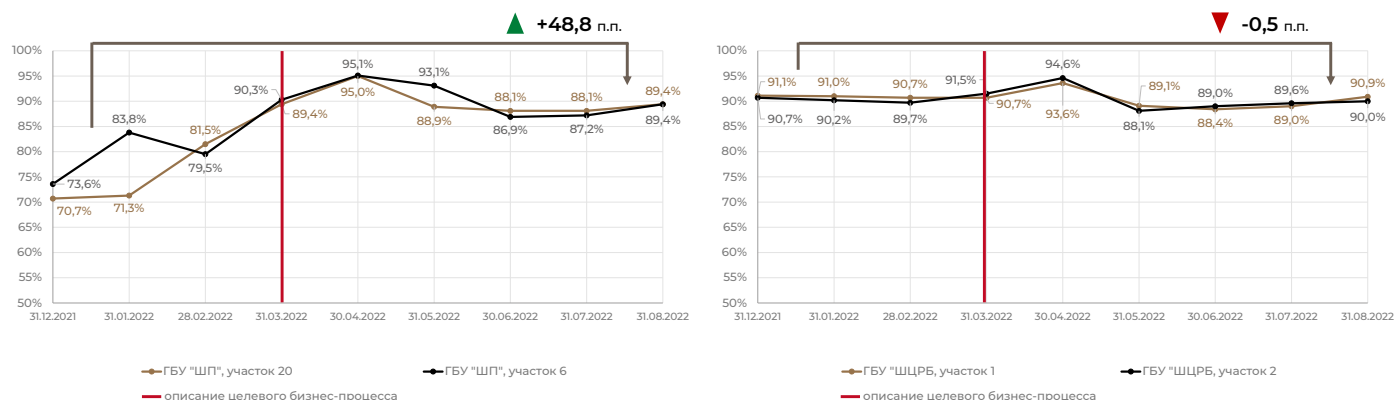
КПЭ 9 Удельный вес пришедших на амбулаторный прием лиц, из числа записанных на прием за отчетный месяц к врачу-терапевту участковому пациентов, %

2 Предварительное информирование пациента о записи

Результаты внедрения целевых бизнес-процессов в пилотных регионах

КПЭ 9 Удельный вес пришедших на амбулаторный прием лиц, из числа записанных на прием за отчетный месяц к врачу-терапевту участкового пациентов, %

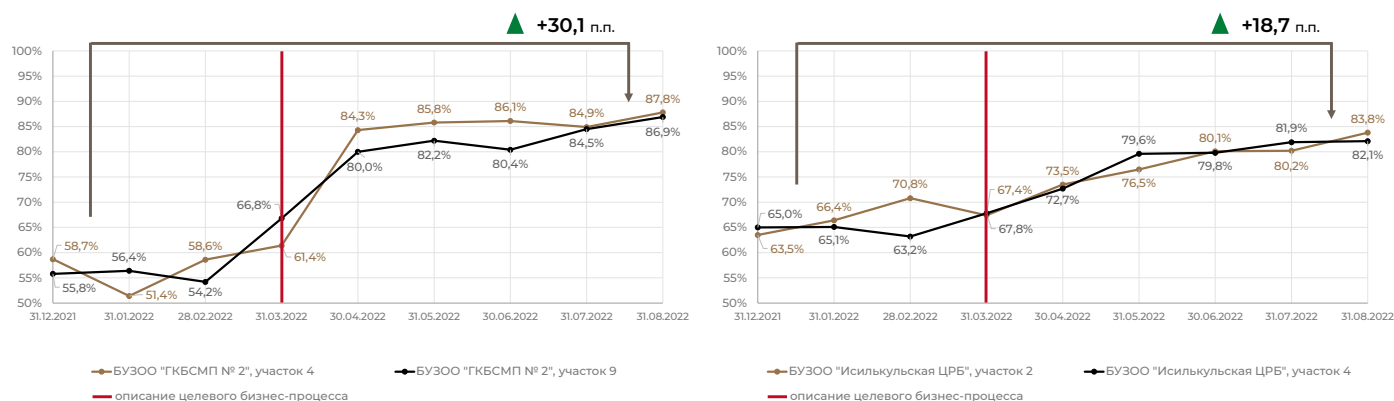
Курганская область



В МО Курганской области наблюдался стабильно высокий удельный вес явившихся на прием по предварительной записи с небольшой динамикой после внедрения целевого процесса.

В ГБУ "ШЦРБ" сразу после внедрения целевого состояния процесса показатель вырос в апреле, уже в мае вернулся к значениям до начала мероприятий, что было интерпретировано рабочей группой организации как возврат к существовавшим ранее подходам к работе ввиду недостаточной алгоритмизации.

Омская область



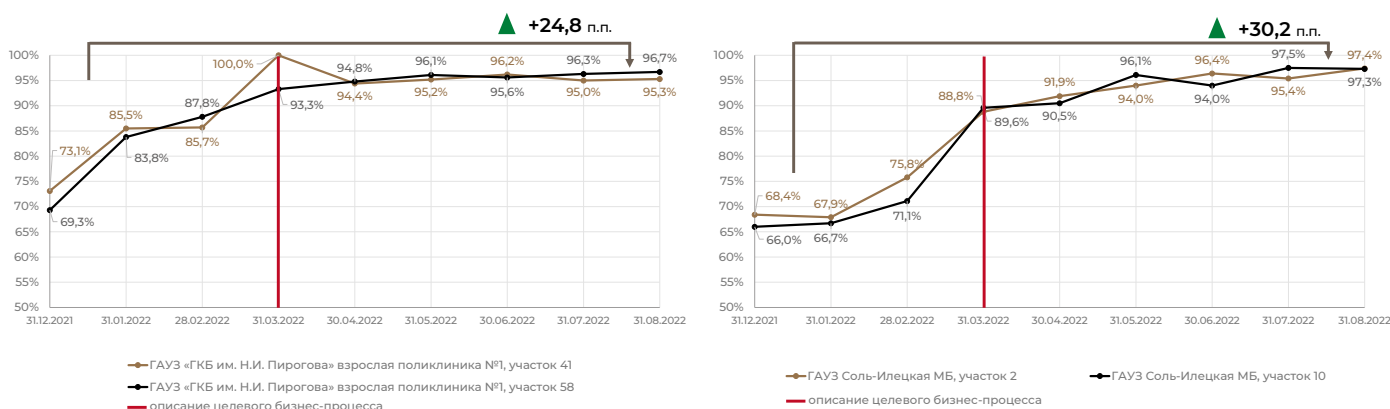
Доля пришедших на прием по предварительной записи пациентов увеличивалась в МО Омской области после внедрения целевого процесса предварительного информирования пациентов о записи. Информирование осуществлялось обзвоном по телефону за 24-48 часов до времени записи. В результате принятых мер наблюдается устойчивая положительная динамика.

2 Предварительное информирование пациента о записи

Результаты внедрения целевых бизнес-процессов в пилотных регионах

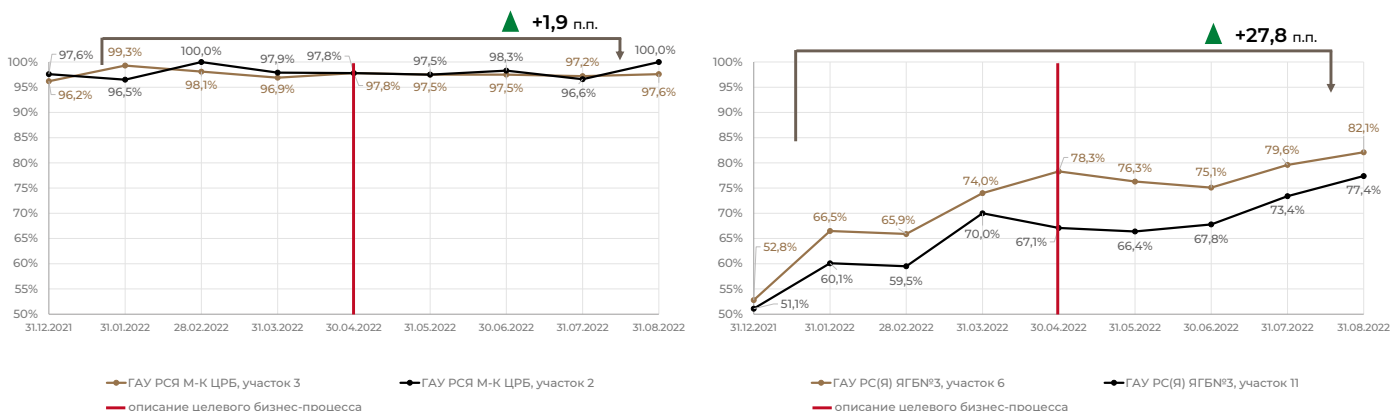
КПЭ 9 Удельный вес пришедших на амбулаторный прием лиц, из числа записанных на прием за отчетный месяц к врачу-терапевту участкового пациентов, %

Оренбургская область



Удельный вес явившихся на амбулаторный прием из числа записанных вырос в МО Оренбургской области до момента описания целевого состояния и практически не демонстрирует последующую динамику. Интерпретировать такие значения можно достижением максимальной доли возможных востребованных записей, превышающих 95%.

Республика Саха (Якутия)



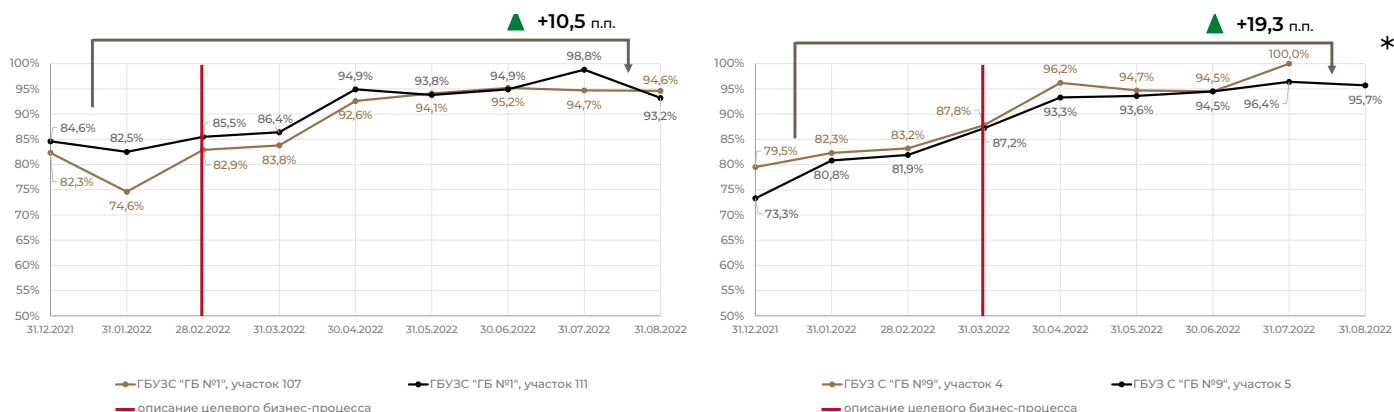
В ГАУ РСЯ М-К ЦРБ значение показателя в течение всего периода наблюдения было чуть меньше 100%. В ГАУ РС(Я) ЯГБ №3 удалось добиться положительной динамики при низких показателях исходного уровня бизнес-процесса, не превышающие 53% в декабре 2022 г. Увеличение доли явившихся на прием после внедрения целевого состояния и доработки МИС в части автоматического выбора пациентов, подлежащих предварительному информированию, превысило 27 процентных пункта.

2 Предварительное информирование пациента о записи

Результаты внедрения целевых бизнес-процессов в пилотных регионах

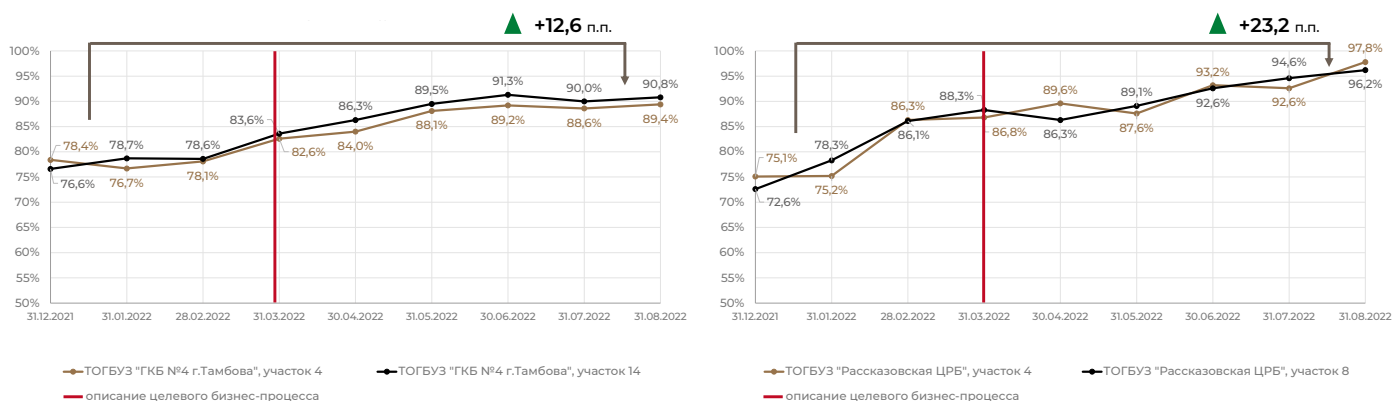
КПЭ 9 Удельный вес пришедших на амбулаторный прием лиц, из числа записанных на прием за отчетный месяц к врачу-терапевту участкового пациентов, %

г. Севастополь



* Участок 4 ГБУЗ С «ГБ №9» не работал в августе 2022 г., а прикрепленные пациенты были распределены по другим участкам, что не позволило получить корректное значение показателя.

Тамбовская область

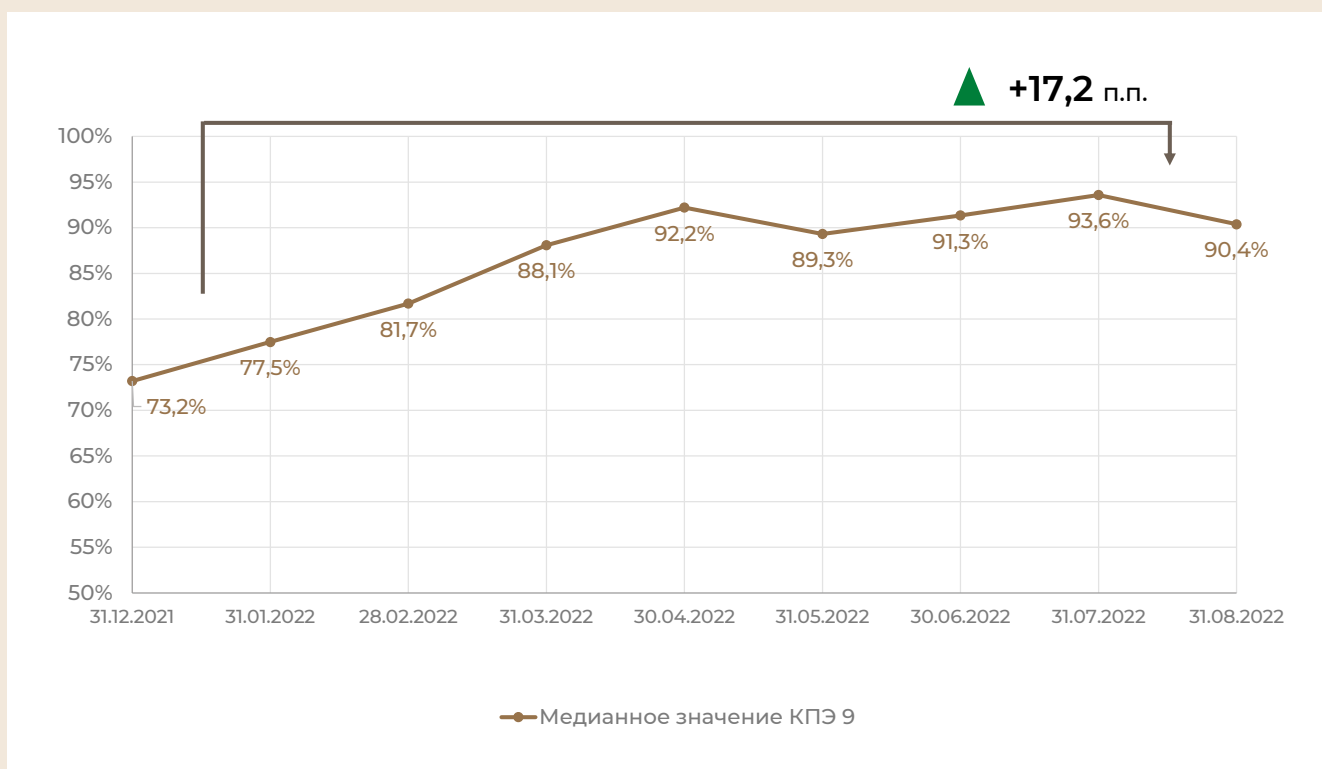


Показатель продемонстрировал планомерный рост за время реализации проекта благодаря улучшениям и внедрению целевого состояния предварительного информирования и реализованным мероприятиям: актуализации контактной информации пациентов при содействии ТФОМС, разработки и внедрения алгоритмов информирования о предварительной записи, контроля работы регистраторов по результатам обзвона.

Результаты внедрения целевых бизнес-процессов в пилотных регионах

КПЭ 9 Удельный вес пришедших на амбулаторный прием лиц, из числа записанных на прием за отчетный месяц к врачу-терапевту участковому пациентов, %

Медианные значения по всем участкам пилотных медицинских организаций



Показатель доли пришедших на амбулаторный прием к врачу-терапевту участковому лиц демонстрирует устойчивую положительную динамику до достижения диапазона в 89-93%. Наблюдаемые изменения подтверждают общую применимость выработанных организационных мер и целесообразность предварительного информирования пациента о записи в МО первичного звена.

Описание исходного бизнес-процесса

В ходе взаимодействия с пациентом цели обращений не определялись. Вместе с тем это важный процесс для планирования ресурсов, их эффективного использования, экономии и для стратегического развития.

Обращения пациентов в некоторых МО не фиксировались в едином информационном пространстве, что не позволяло их обобщать и анализировать.

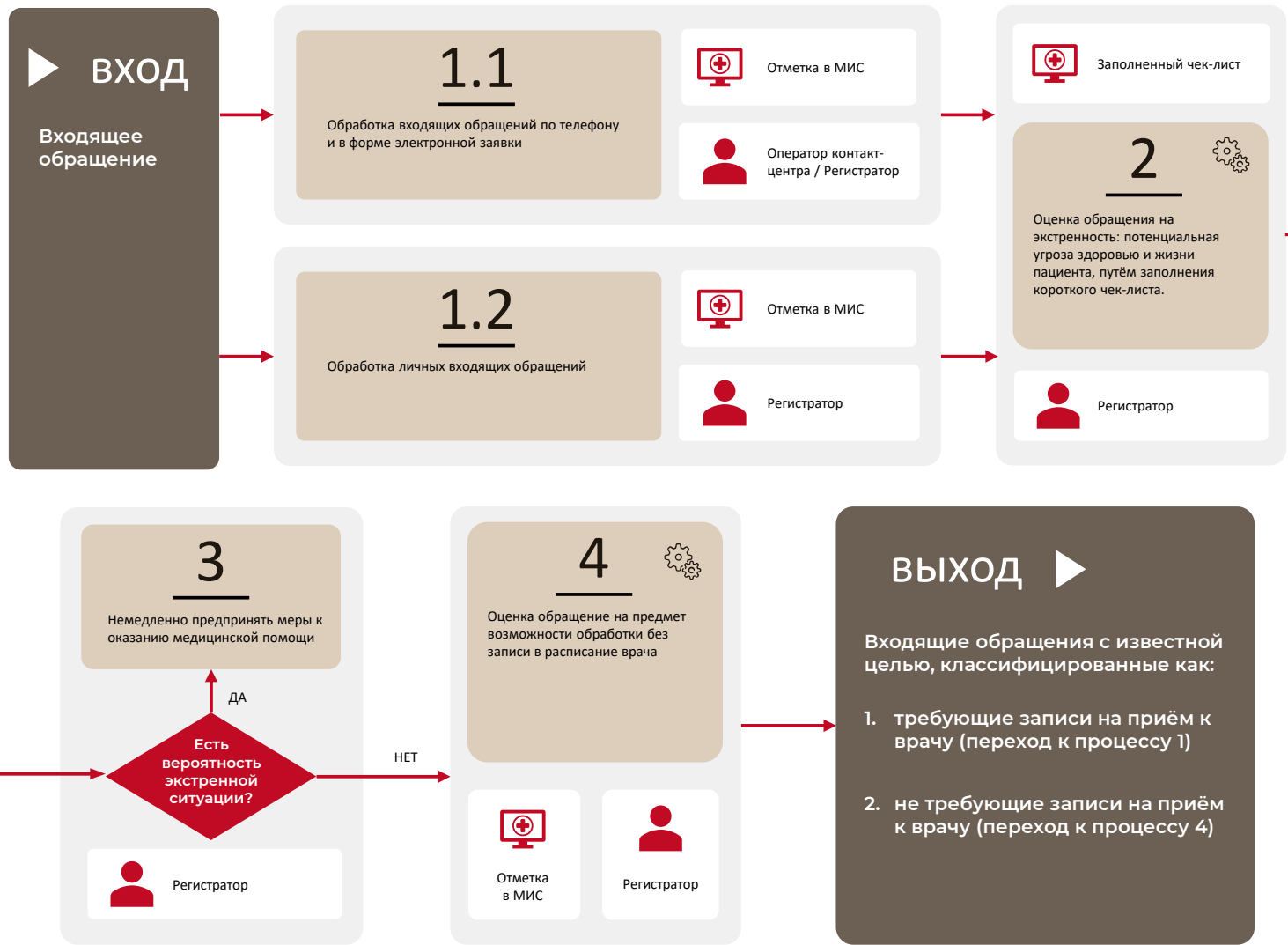
Таблица 7. Описание проблем исходного уровня процесса определения цели всех входящих обращений пациентов

№	Краткое описание проблемы	Организационные меры по решению проблемы
1	Цели входящих обращений пациентов не определяются	Внедрение регламента определения типовых целей обращений пациентов
2	Смещение потоков пациентов, получающих медицинскую помощь и обращающихся для запроса информации	Разработка и утверждения подходов к маршрутизации и информированию пациентов
3	Пациенты обращаются к врачу-терапевту участковому с информационной целью	
4	Не оцениваются поводы обращений пациентов в организацию, отсутствуют механизмы оценки эффективности информирования и структура поводов обращений	Проведение анализа и интерпретации распределения целей обращений пациентов в общей структуре, развитие систем проактивного информирования

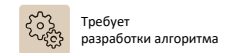
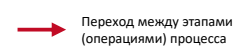
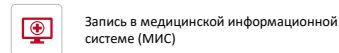
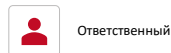
Описание целевого бизнес-процесса

- 1.** Входящие обращения в контексте процесса – это любые инициированные пациентом обращения в МО. Входящие обращения могут поступать как дистанционно, в форме обращения по телефону и электронных заявок, так же лично. Первой операцией в процессе является первичная обработка обращения, направленная на идентификацию пациента.
- 2.** Важнейшим этапом обработки любого обращения является исключение экстренной, угрожающей жизни пациента, ситуации. Поскольку оператор колл-центра или регистратор не обладают для этого достаточной квалификацией, необходимо разработать для них короткий чек-лист и критерии его применения. Критерии применения необходимы, чтобы исключить ситуацию, когда чек-лист применяется для всех входящих обращений, поскольку может вызвать негативную реакцию со стороны пациентов.
- 3.** При высокой вероятности экстренной ситуации, требуется безотлагательно принять меры к врачебному консультированию и оказанию медицинской помощи. Для этого в колл-центре должна быть реализована возможность перевода обращения на медицинского специалиста (дежурного врача, сотрудника отделения неотложной помощи или СМП) для определения тактики в отношении пациента.
- 4.** Важно отметить, что определение возможности обработки входящего обращения относится к механизмам снижения нагрузки на медицинский персонал, путем передачи непрофильного функционала немедицинскому персоналу при этом не снижая качества оказываемой помощи.

3 Определение цели всех входящих обращений пациентов



Легенда:



Требования к входам и выходам процессов

Наименование входа/выхода	Требования
Входящие обращения	1. Обращение идентифицировано как целевое, то есть направленное на получение медицинской помощи.
Входящие обращения с известной целью, классифицированные	1. Пациент идентифицирован, цель его обращения зафиксирована и сохранена. 2. Цель обращения доступна медицинскому персоналу в электронной медицинской карте пациента в МИС.



Требует разработки алгоритма и внедрения в функционал МИС

- ▶ Оценка обращения на экстренность: потенциальная угроза здоровью и жизни пациента, путем заполнения короткого чек-листа.
- ▶ Оценка обращение на предмет возможности обработки без записи в расписание врача.

Критерий оценки эффективности

КПЭ 8 Средний период ожидания от момента обращения за помощью (колл-центр, регистратура, ЕПГУ) до непосредственного получения медицинской помощи за отчетный месяц (дни)

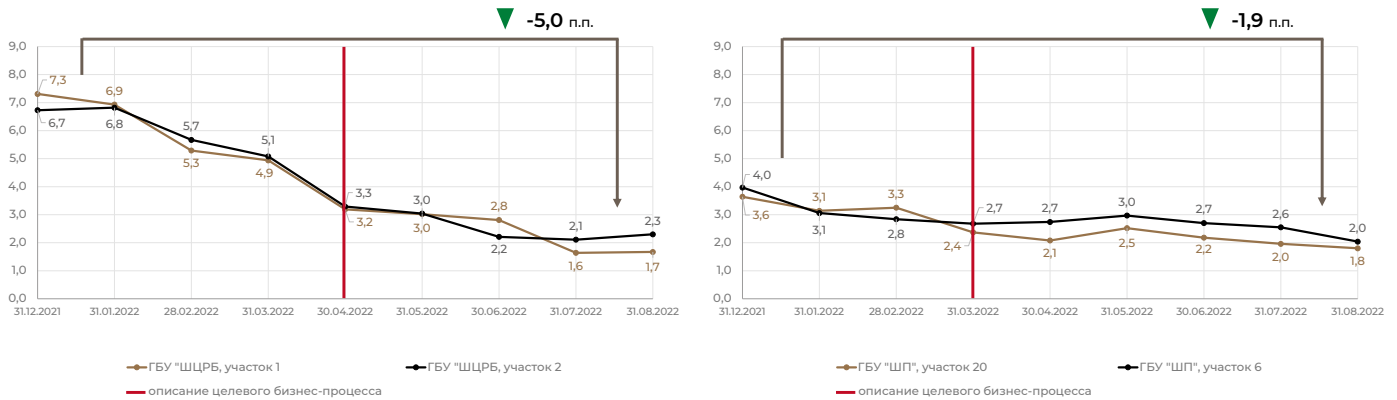
3

Определение цели всех входящих обращений пациентов

Результаты внедрения целевых бизнес-процессов в пилотных регионах

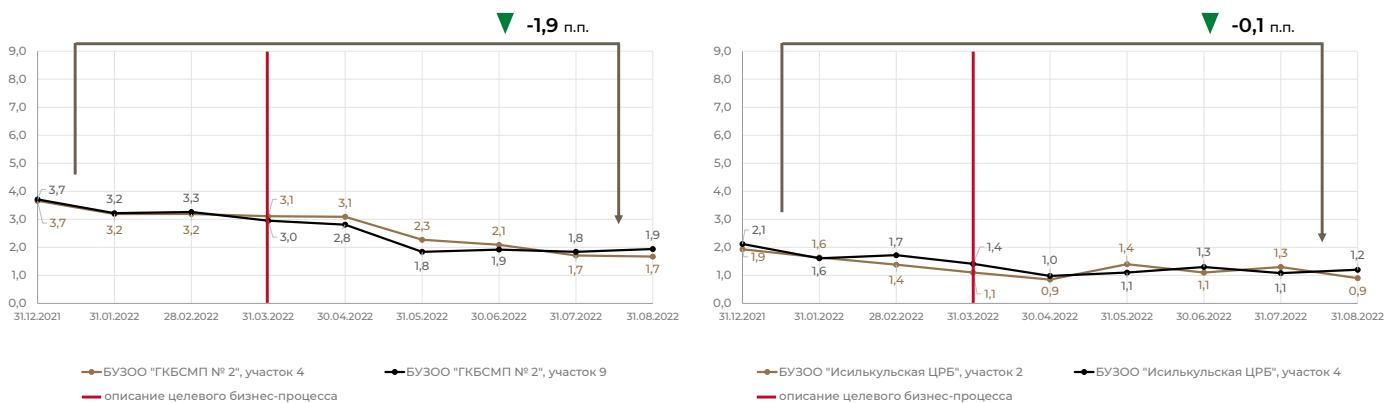
КПЭ 8 Средний период ожидания от момента обращения за помощью (колл центр, регистратура, ЕПГУ) до непосредственного получения медицинской помощи за отчетный месяц, дни

Курганская область



Наблюдается положительная динамика на всех участках пилотных МО Курганской области за счет проактивной работы колл-центров, снижения числа нецелевых обращений к врачам-терапевтам участковым и высвобождения дополнительного времени для приема.

Омская область



В Омской области значения показателя удалось снизить путем внедрения целевого состояния процесса определения цели всех входящих обращений в МО. Увеличение доли лиц, нецелевые обращения которых отработаны без записи на прием, а также меры повышения доступности записи на прием обеспечили значимое снижение длительности ожидания медицинской помощи от момента обращения.

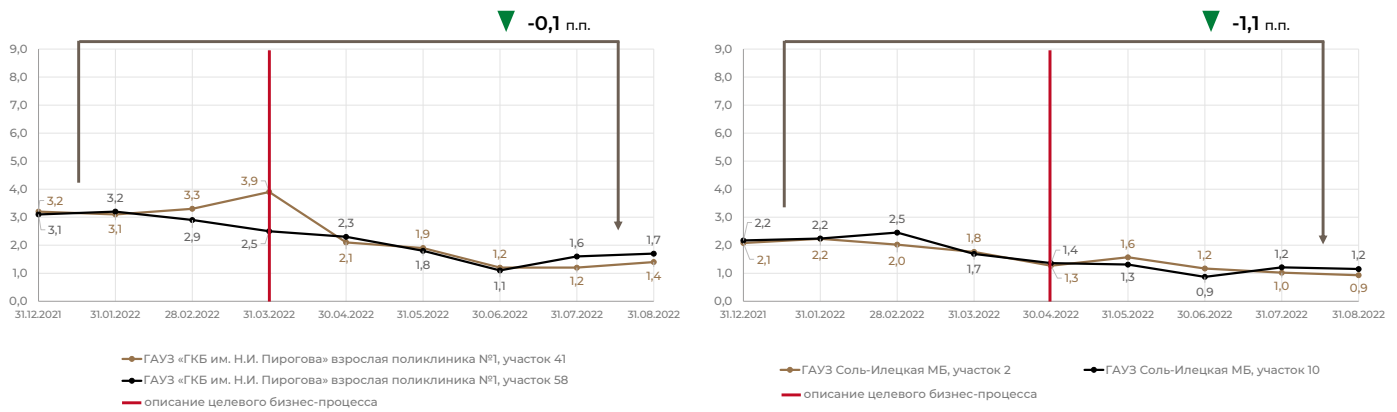
3

Определение цели всех входящих обращений пациентов

Результаты внедрения целевых бизнес-процессов в пилотных регионах

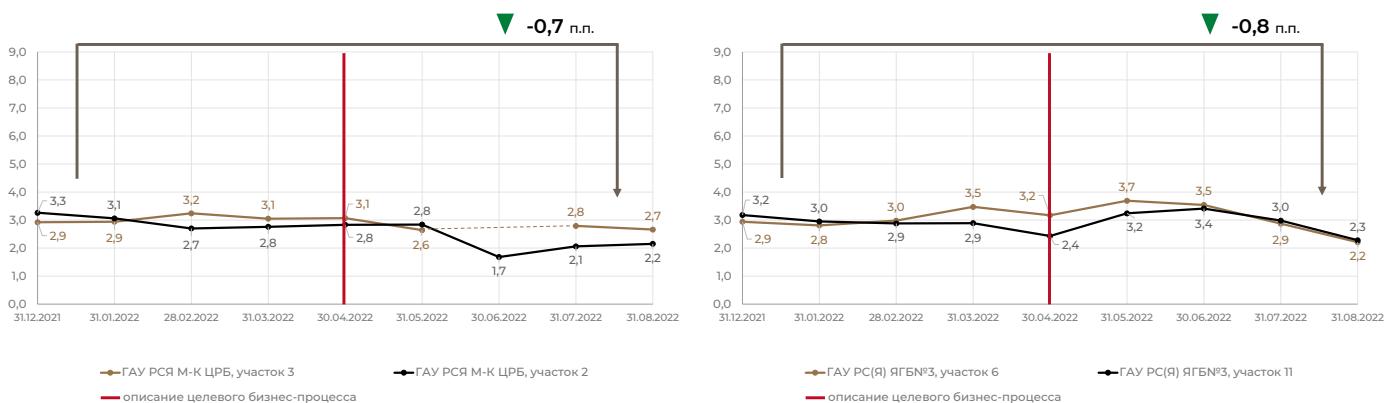
КПЭ 8 Средний период ожидания от момента обращения за помощью (колл центр, регистратура, ЕПГУ) до непосредственного получения медицинской помощи за отчетный месяц, дни

Оренбургская область



На всех участках пилотных МО Оренбургской области удалось достичь положительной динамики снижения показателя за счет организации перераспределения функций, не связанных непосредственно с оказанием медицинской помощи немедическому персоналу, и высвобождением дополнительного времени врачей-терапевтов участковых для ведения приема.

Республика Саха (Якутия)



На всех участках пилотных МО отмечена слабая положительная динамика показателя. Сведения ГАУ РСЯ М-К ЦРБ на участке 3 не были получены в июне ввиду того, что участок в этот период на работал. Были приняты меры: дополнительного привлечения администратора, стандартизации процедуры распределения входного потока пациентов, улучшения технического оснащения колл-центра, разработки стандартной формы обработки обращений администратором в зависимости от повода обращения, приобретения инфоматов.

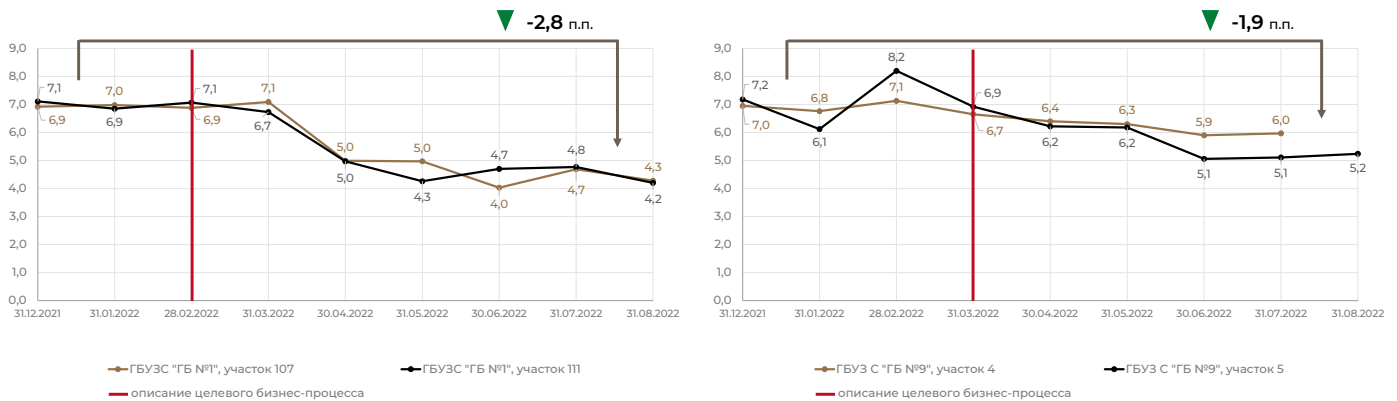
3

Определение цели всех входящих обращений пациентов

Результаты внедрения целевых бизнес-процессов в пилотных регионах

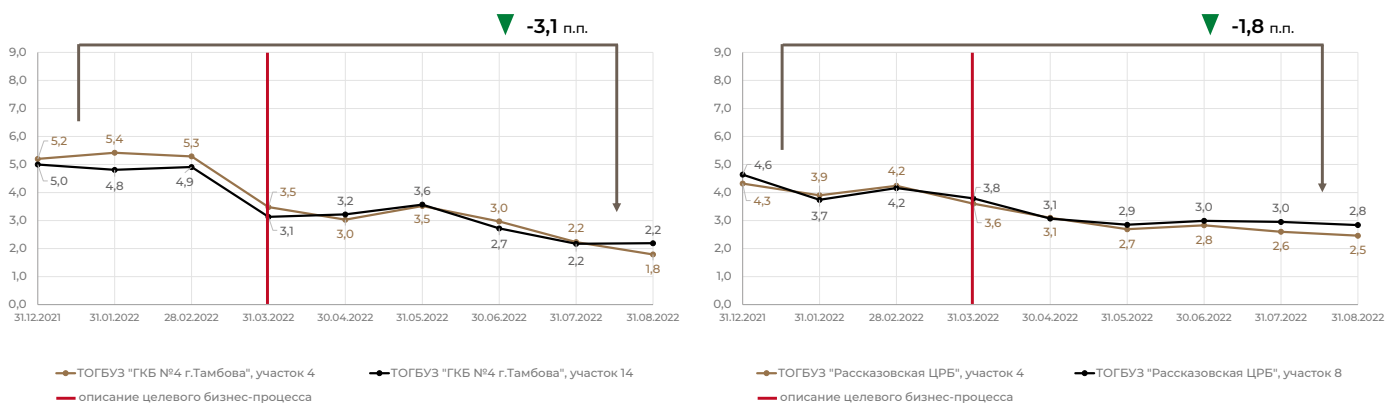
КПЭ 8 Средний период ожидания от момента обращения за помощью (колл центр, регистратура, ЕПГУ) до непосредственного получения медицинской помощи за отчетный месяц, дни

г. Севастополь



Длительность ожидания получения медицинской помощи в МО г. Севастополь, начиная с декабря 2021 г. находилась в диапазоне 7-8 дней. В результате мероприятий пилотного проекта ее удалось снизить и в ГБУЗС «ГБ №1» и ГБУЗ С «ГБ №9» до 4-5,3 дней.

Тамбовская область



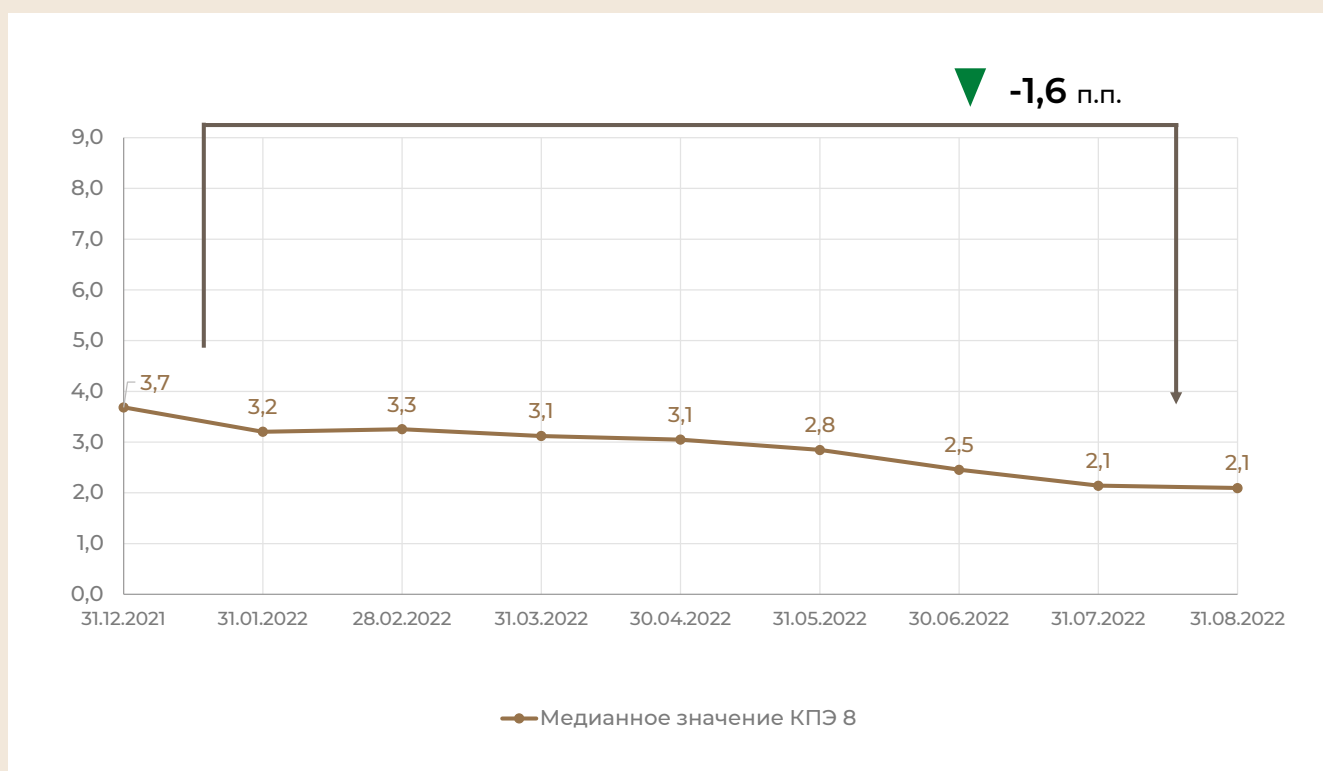
Снижения показателя удалось добиться за счет организации работы дежурных терапевтов, перераспределением функций, не связанных непосредственно с оказанием медицинской помощи, немедицинскому персоналу и высвобождением дополнительного времени на прием. Разработаны и внедрены алгоритмы информирования пациента о предварительной записи с последующей актуализацией предварительного расписания и освобождением вакантных слотов в ближайшие 24 часа, что позволило обеспечить быструю запись пациентов в день обращения или на следующий день. Дополнительную динамику показателя обеспечил контроль работы регистраторов по результатам обзвона.

3 Определение цели всех входящих обращений пациентов

Результаты внедрения целевых бизнес-процессов в пилотных регионах

КПЭ 8 Средний период ожидания от момента обращения за помощью (колл центр, регистратура, ЕПГУ) до непосредственного получения медицинской помощи за отчетный месяц, дни

Медианные значения по всем участкам пилотных медицинских организаций



Длительность ожидания медицинской помощи в амбулаторных условиях снижалась в период реализации пилотного проекта. Результаты во всех МО говорят о том, что определение цели всех входящих обращений с последующей обработкой части из них без привлечения врачебного персонала играет положительную роль в обеспечении доступности первичной медико-санитарной помощи для пациентов.

Описание исходного бизнес-процесса

Процесс обработки обращений без привлечения врачебного персонала зависит от наличия учета и определения цели обращений, поэтому его исходное состояние можно характеризовать на момент начала мероприятий как бессистемное. Вывод о необходимости разгрузки участков от непрофильных обращений уже были приняты в части организаций, реализованы отдельные практические шаги в ГАУ РС (Я) Мегино-Кангаласской ЦРБ 9 (Республика Саха (Якутия)), БУЗОО «Исилькульской ЦРБ» (Омская область) и ГБУЗС «ГБ №1» (г. Севастополь). Наиболее сложны были мероприятия пилотного проекта в организациях, в которых отсутствовали процессы определения цели входящих обращений и их обработка без привлечения врачебного персонала, поскольку их целевое состояние требовало моделирования и внедрения практически с нуля.

Помимо формирования собственного предварительного расписания на терапевтическом участке пилотных медицинских организаций присутствовал

непрофильный функционал логистики пациентов и поддержки документооборота. Оформление и выдача документов составляла значительную долю рабочего времени медицинских работников.

В рамках описания исходного уровня определены причины, вызывавшие постоянную необходимость выдачи документации во всех организациях: отсутствие документов о лечебно-диагностическом процессе (заключений) у пациента, недостаточное информирование по телефону, потеря ранее выданных документов. Непрофильные функции по логистике пациентов в большей степени были свойственны организациям сельской местности, ввиду меньшей напряженности предварительной записи и возможности пациента обратиться с вопросом о дальнейших действиях непосредственно на терапевтический участок. Подобные обращения часто происходили во время приема, приводя как к смешению потоков, так и к дополнительной непрофильной нагрузке.

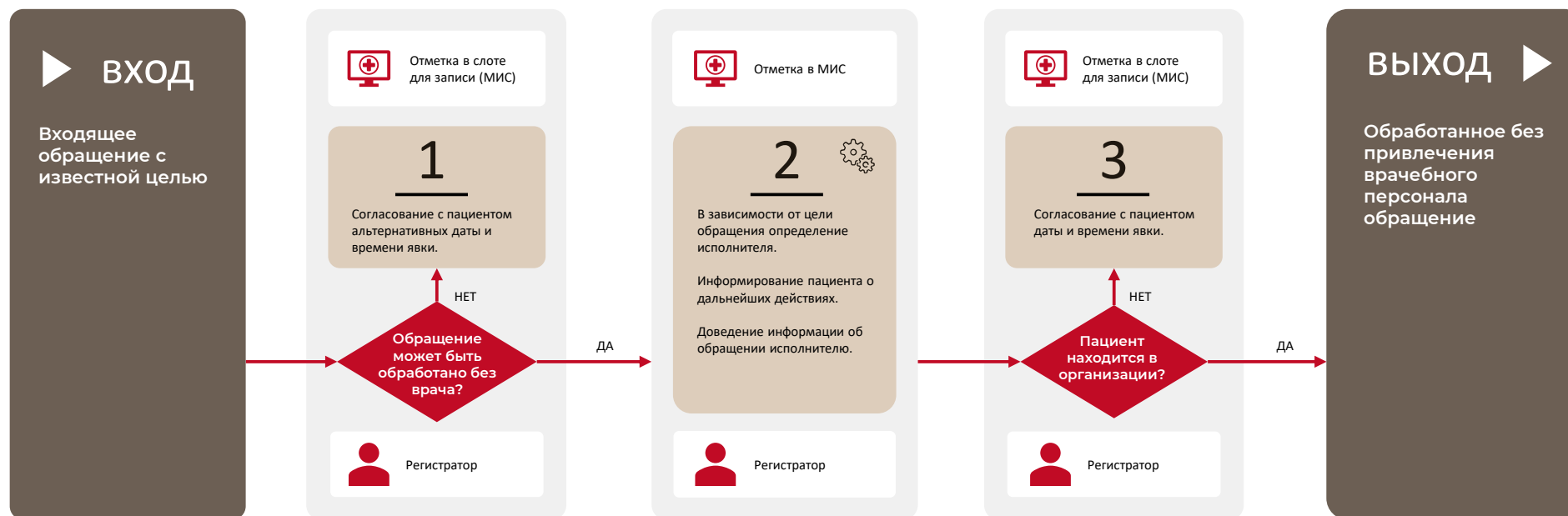
Таблица 8. Описание проблем исходного уровня процесса обработки обращений без привлечения врачебного персонала

№	Краткое описание проблемы	Организационные меры по решению проблемы
1	Пациенты записываются на прием для получения справок и направлений, снижая доступность явки для пациентов по поводу заболеваний	Создание кабинета для выдачи справок и направлений, определение функционала медицинского сотрудника данного структурного подразделения
2	Пациенты обращаются в медицинскую организацию без предварительной записи по поводу остро возникших состояний	Организация кабинета/подразделения неотложной и экстренной помощи, или выделение дежурных специалистов, для работы с пациентами, обращающимися без предварительной записи
3	Пациенты записываются на прием врача-терапевта участкового в целях прохождения профилактических осмотров, диспансеризации, вакцинации и снижают доступность явки для пациентов по поводу заболеваний	Совершенствование профилактической службы, в функционал которой входят работы по ведению диспансеризации взрослого населения.

Описание целевого бизнес-процесса

- 1.** На первом этапе следует ответить на вопрос о возможности реализации цели обращения пациента без формирования для пациента предварительной записи к врачу. Чтобы сделать это, следует определить какие цели обращения соответствуют возможности их обработки без записи. Типовые цели обращений должны быть распределены по группам возможных действий со стороны оператора контакт-центра по информированию и маршрутизации пациента.
- 2.** Цели обращений, соответствующие потребности в получении медицинской помощи у врача-терапевта участкового, должны приводить к согласованию с заявителем даты и времени визита в МО с последующим комплектованием слотов, а цели обращения не соответствующие им – решаться на уровне МО, при должном обеспечении возможности решить вопрос пациента в день обращения.
- 3.** Если обращение поступает в порядке личного обращения пациента, то требуется рассмотреть возможность его удовлетворения в рамках текущего обращения. Если такой возможности нет — согласовать с пациентом альтернативную дату и время явки в организацию.

4 Обработка обращений без привлечения врачебного персонала



Легенда:



Вход/
Выход



1 Этап
(операция)



Документ



Ответственный



Запись в медицинской информационной
системе (МИС)



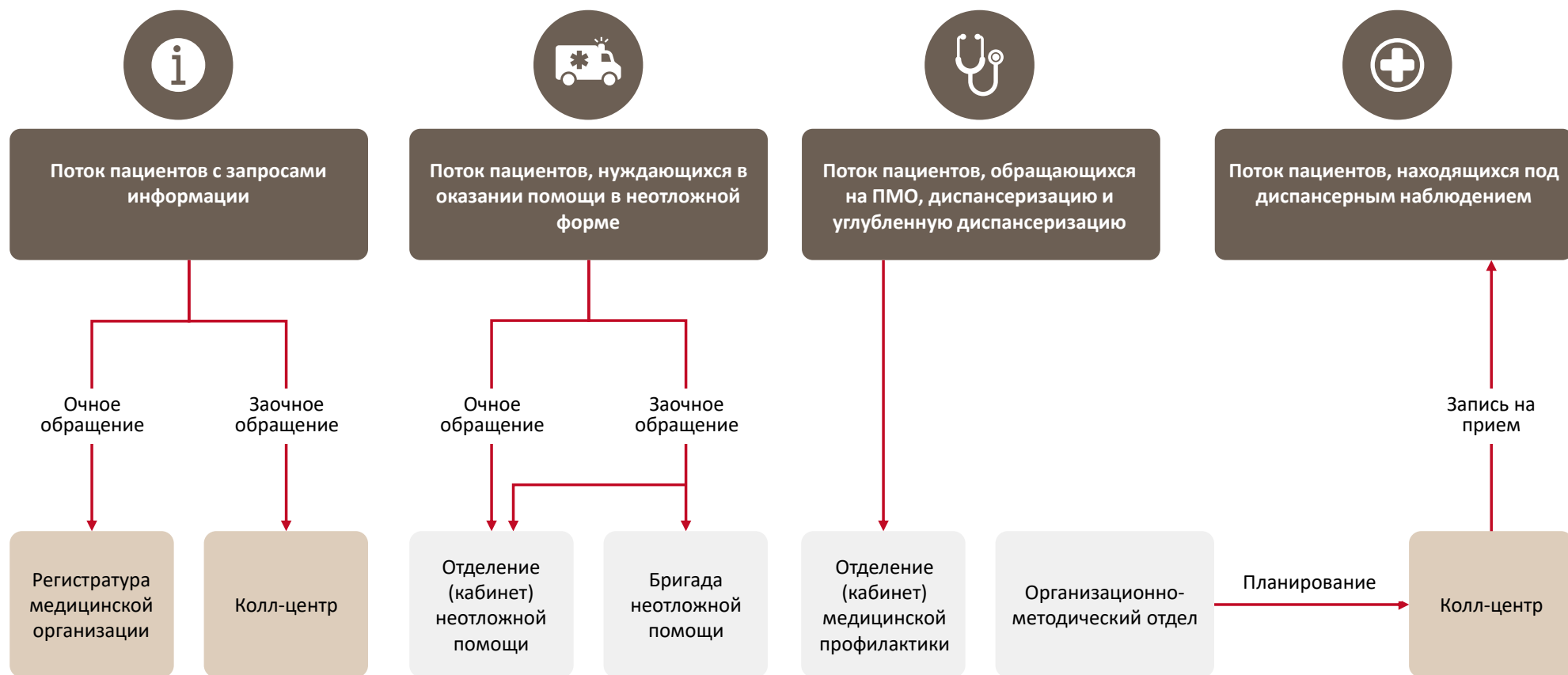
Переход между этапами
(операциями) процесса



Требуется
разработка алгоритма

4 Отработка обращений без привлечения врачебного персонала

Рисунок 2. Блок-схема перераспределения потоков пациентов, цель обращения которых может быть достигнута без привлечения врача-терапевта участкового



Требования к входам и выходам процессов

Наименование входа/выхода	Требования
Входящие обращения с известной целью, классифицированные	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пациент идентифицирован, цель его обращения зафиксирована и сохранена. 2. Цель обращения доступна медицинскому персоналу в электронной медицинской карте пациента в МИС.
Обработанное без привлечения врачебного персонала обращение	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вопрос пациента полностью решен, а повод обращения удовлетворен. 2. Решение вопроса пациента не потребовало врачебной квалификации.

Требуется разработка алгоритма и внедрения в функционал МИС

- ▶ Определение исполнителя в зависимости от цели обращения
- ▶ Доведение информации об обращении исполнителю.

Критерий оценки эффективности

КПЭ 7 Доля обращений, отработанных без привлечения врачебного персонала и записи в расписании врача терапевта-участкового, %

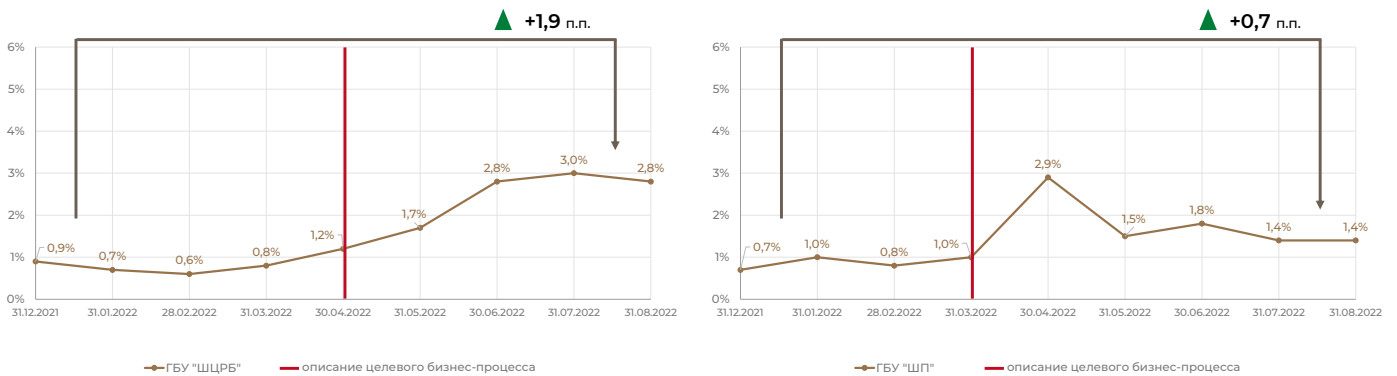
4

Отработка обращений без привлечения врачебного персонала

Результаты внедрения целевых бизнес-процессов в пилотных регионах

КПЭ 7 Доля обращений, отработанных без привлечения врачебного персонала и записи в расписании врача терапевта-участкового, %

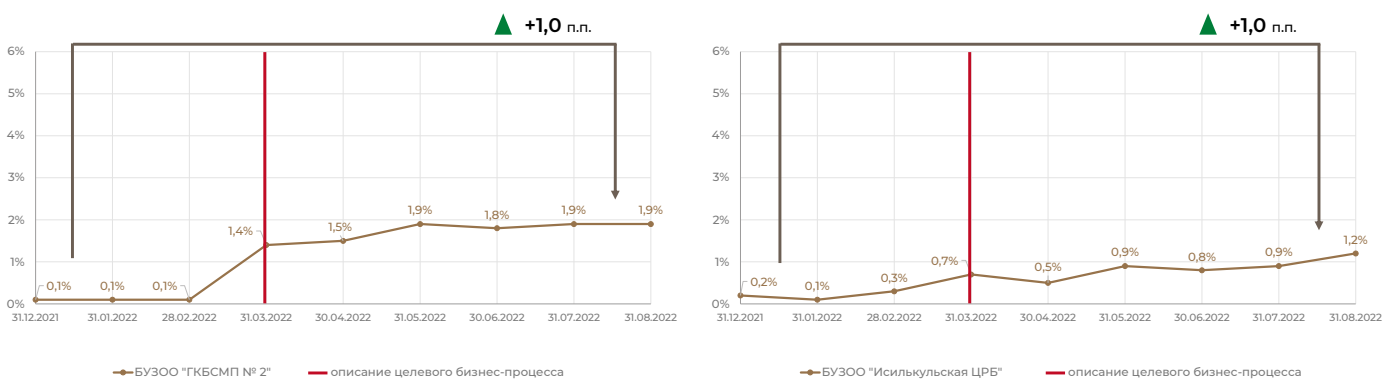
Курганская область



Значимый рост показателя происходит с апреля 2022 года после детальной проработки процесса, выявления максимального количества случаев обращений в пилотные МО на этапе входной группы и их отработка средним медицинским и немедицинским персоналом без привлечения врачебного, в том числе за счет открытия доврачебных кабинетов.

В ГБУ "ШП" после старта внедрения целевого состояния процесса было организовано предварительное информирование пациента о записи по телефону и определение цели всех входящих обращений. В результате принятых мер показатель апреля вырос до 2,9%, потом снизившись до диапазона 1,4-1,8%, что трактуется участниками рабочей группы как снижение исполнительской дисциплины в отсутствие достаточной алгоритмизации в ГБУ "ШП".

Омская область



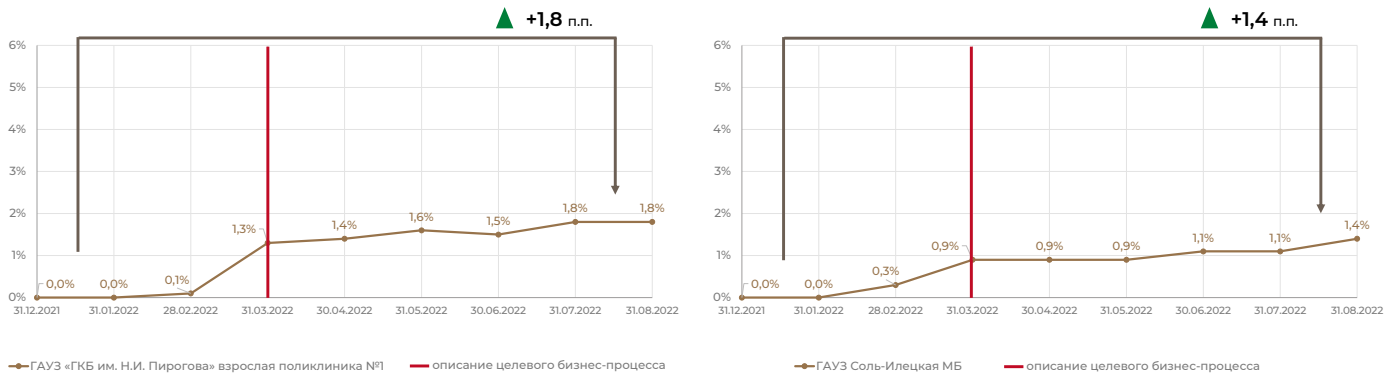
После направления пациентов, обратившихся с целью получения документов для записи на прием, в кабинеты для выдачи справок удалось добиться роста числа обращений, отработанных без привлечения врачей-терапевтов участковых в БУЗО «ГКБСМП № 2» до устойчивого уровня в 1,9% в структуре всех обращений. В БУЗО «Исилькульская ЦРБ» наблюдается схожая возрастающая динамика КПЭ 7 до значений 1,2% от всех обращений.

4 Отработка обращений без привлечения врачебного персонала

Результаты внедрения целевых бизнес-процессов в пилотных регионах

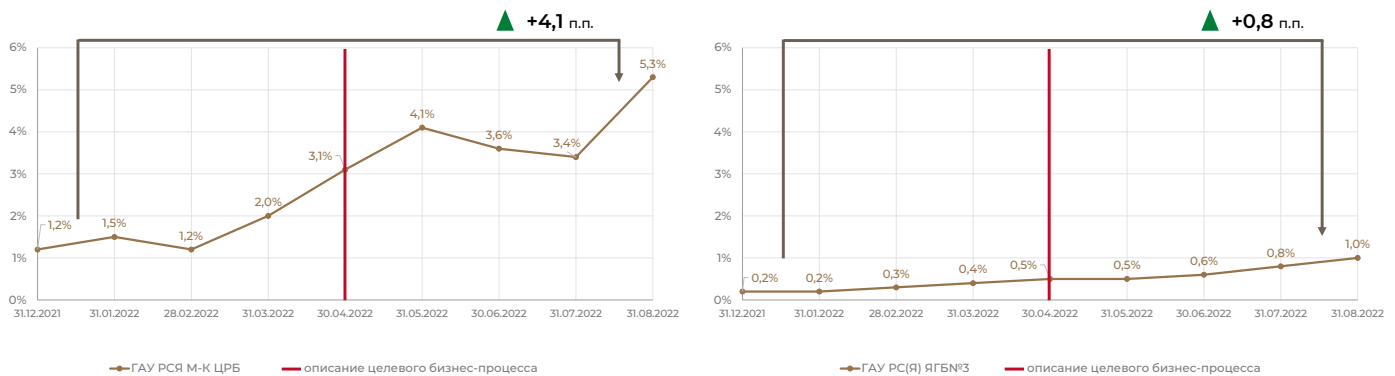
КПЭ 7 Доля обращений, отработанных без привлечения врачебного персонала и записи в расписании врача терапевта-участкового, %

Оренбургская область



Отчетливая динамика отмечена с марта 2022 г., когда были открыты кабинеты для выдачи справок и направлений в МО. При обращении пациентов в МО администратор осуществлял маршрутизацию пациентов в зависимости от цели обращения. Реализованные мероприятия позволили обрабатывать до 2% всех обращений без записи на прием к врачу.

Республика Саха (Якутия)



Роста показателя удалось добиться благодаря организационным решениям с привлечением немедицинского персонала: дополнительно привлекли администратора, провели информационную работу для пациентов о необходимости предварительной электронной записи через СМЭ, сайт, создали чек-лист работы регистратора и прочего персонала.

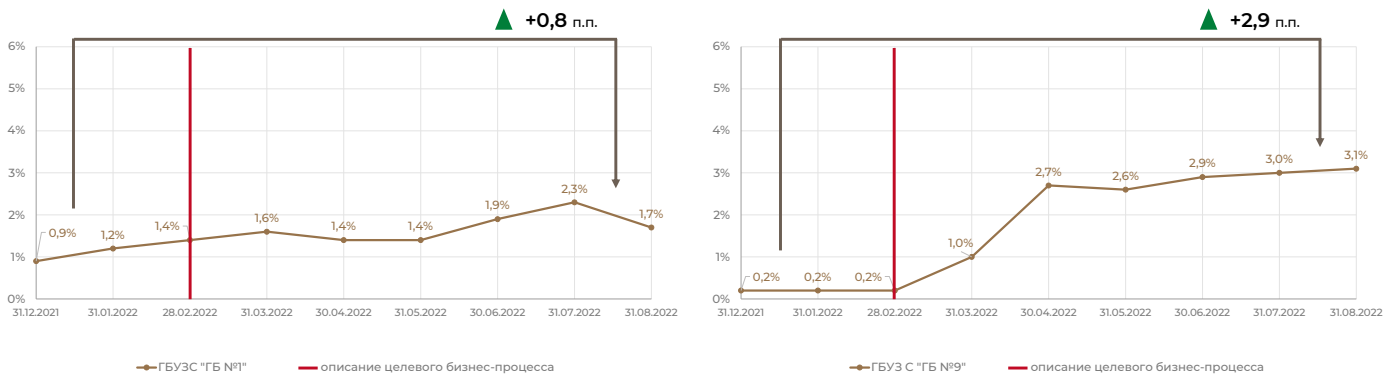
4

Обработка обращений без привлечения врачебного персонала

Результаты внедрения целевых бизнес-процессов в пилотных регионах

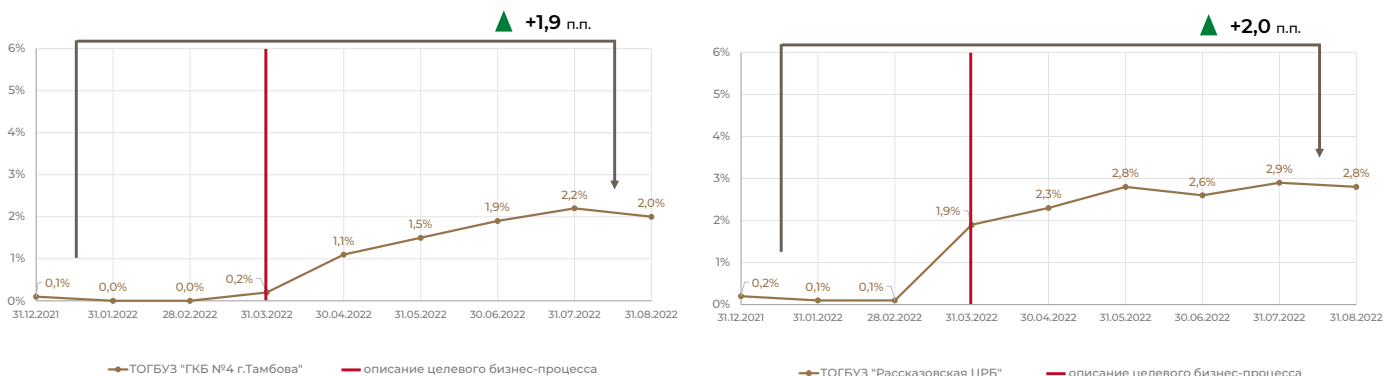
КПЭ 7 Доля обращений, обработанных без привлечения врачебного персонала и записи в расписании врача терапевта-участкового, %

г. Севастополь



В ГБ №1 приняты ряд улучшений, позволившие увеличить долю пациентов, запрос которых был удовлетворен на уровне доврачебного кабинета, работающего еще до начала пилотного проекта. Снижение значения показателя ГБУЗС «ГБ №1» в августе 2022 г. объясняется не полным месяцем работы доврачебного кабинета. В ГБ №9 работа по снижению числа нецелевых записей ограничивалась до старта пилотного проекта выдачей на уровне регистратуры отдельных форм документов по запросу от пациентов. После описания целевого состояния в конце февраля 2022 г. доля обращений, обработанных без записи на прием к врачу начала расти, остановившись на отметке в 3% всех обращений в организацию.

Тамбовская область



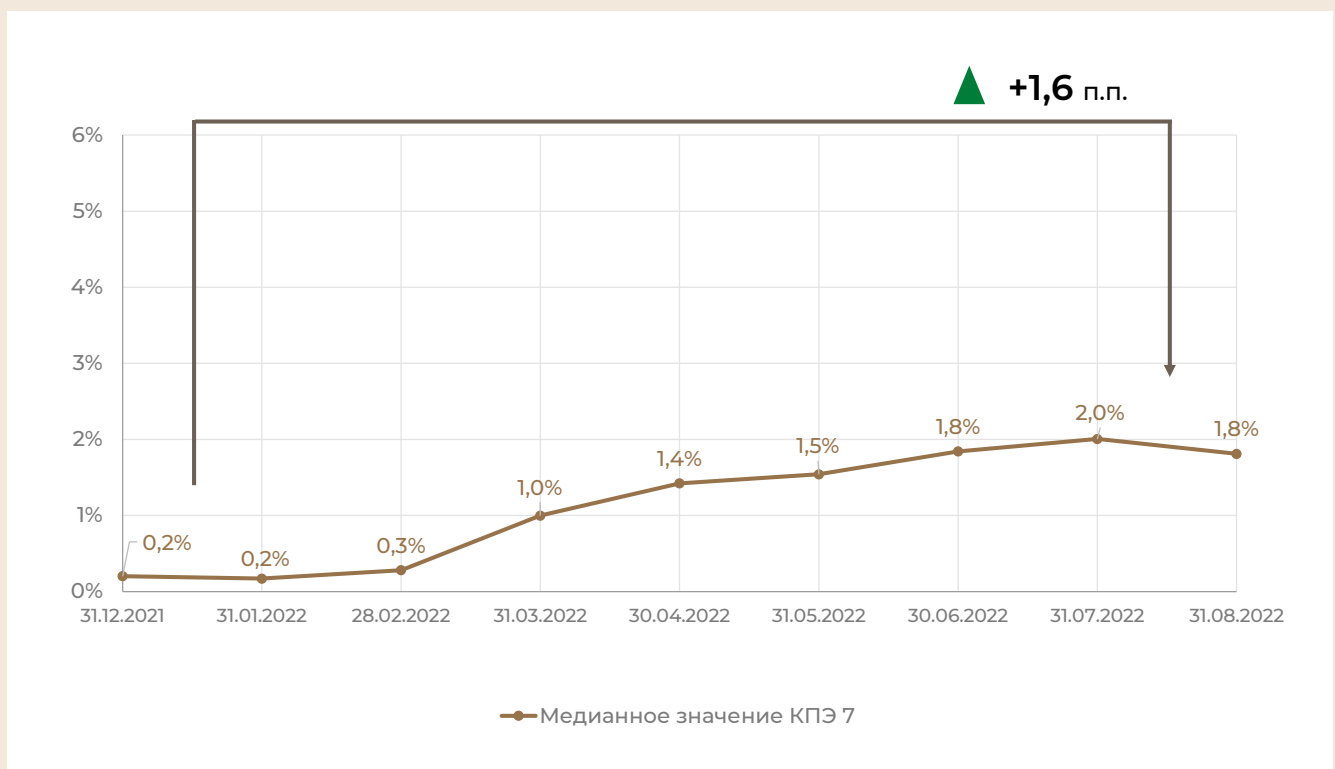
Отчетливая динамика по росту КПЭ 7 в Тамбовской области отмечается, начиная с апреля 2022 г., благодаря раннему описанию целевого состояния процесса обработки обращений без привлечения врачебного персонала и принятым организационным решениям с привлечением немедицинского персонала.

4 Отработка обращений без привлечения врачебного персонала

Результаты внедрения целевых бизнес-процессов в пилотных регионах

КПЭ 7 Доля обращений, отработанных без привлечения врачебного персонала и записи в расписании врача терапевта-участкового, %

Медианные значения по всем участкам пилотных медицинских организаций



Тенденции роста удельного веса обращений, отработанных без привлечения врачебного персонала и записи в расписании врача-терапевта участкового, характеризуют применимость выработанной целевой модели бизнес-процесса и мер передачи функционала участковых служб немедицинскому персоналу. Снижение медианного показателя в августе 2022 г. отражает требовательность показателя к алгоритмизации функций и обеспечению контроля улучшений.

5 Контроль соблюдения периодичности приемов с целью диспансерного наблюдения в части функционала регистратуры

Процессы 5–7 оценивались при помощи двух КПЭ, поэтому далее следует описание трех исходных и трех целевых процессов, а затем приводится динамика соответствующих показателей.

Описание исходного бизнес-процесса

Исходный бизнес-процесс контроля индивидуальных планов ДН на уровне регистратуры в пилотных МО организован не был. Процесс направлен на передачу функционала медицинских подразделений в подразделения регистратуры и колл-центра. При такой передаче возникает объем операций, который важен для повышения доступности услуг в рамках ДН, но не требует от исполнителей медицинской квалификации.

Контроль назначений в рамках ДН на старте проекта проводился в контрольных картах ДН и бумажных жур-

налов учета лиц, находящихся под ДН. Функция контроля была деперсонифицирована, а информация не передавалась с места заполнения документации, терапевтического участка.

Вопросы ДН поднимались в МО, реализующих мероприятия пилотного проекта, в порядке внутреннего контроля, однако не приводили к устойчивым улучшениям ситуации. Нарушение периодичности приемов приводило к снижению качества ДН, риску осложнений хронических заболеваний и негативных последствий для здоровья пациентов.

Таблица 9. Описание проблем исходного уровня процесса контроля соблюдения периодичности приемов с целью ДН в части функционала регистратуры

№	Краткое описание проблемы	Организационные меры по решению проблемы
1	Индивидуальные планы ДН не доводятся до немедицинского персонала, формирующего предварительную запись. Запись не производится, а пациент не получает помощь в рамках ДН	Обеспечение преемственности информации между участковыми службами и немедицинскими работниками, формирующими предварительную запись, прежде всего в форме электронного документооборота
2	Назначения повторных приемов в рамках ДН не доводятся до пациента	Проактивное информирование пациентов о необходимости явки в рамках ДН
3	Индивидуальные назначения по ДН нельзя реализовать в рамках одного визита в медицинскую организацию	Обобщение и формирование предварительной записи, исходя из компактности оказания услуг одному пациенту, исходя из возможностей медицинской организации

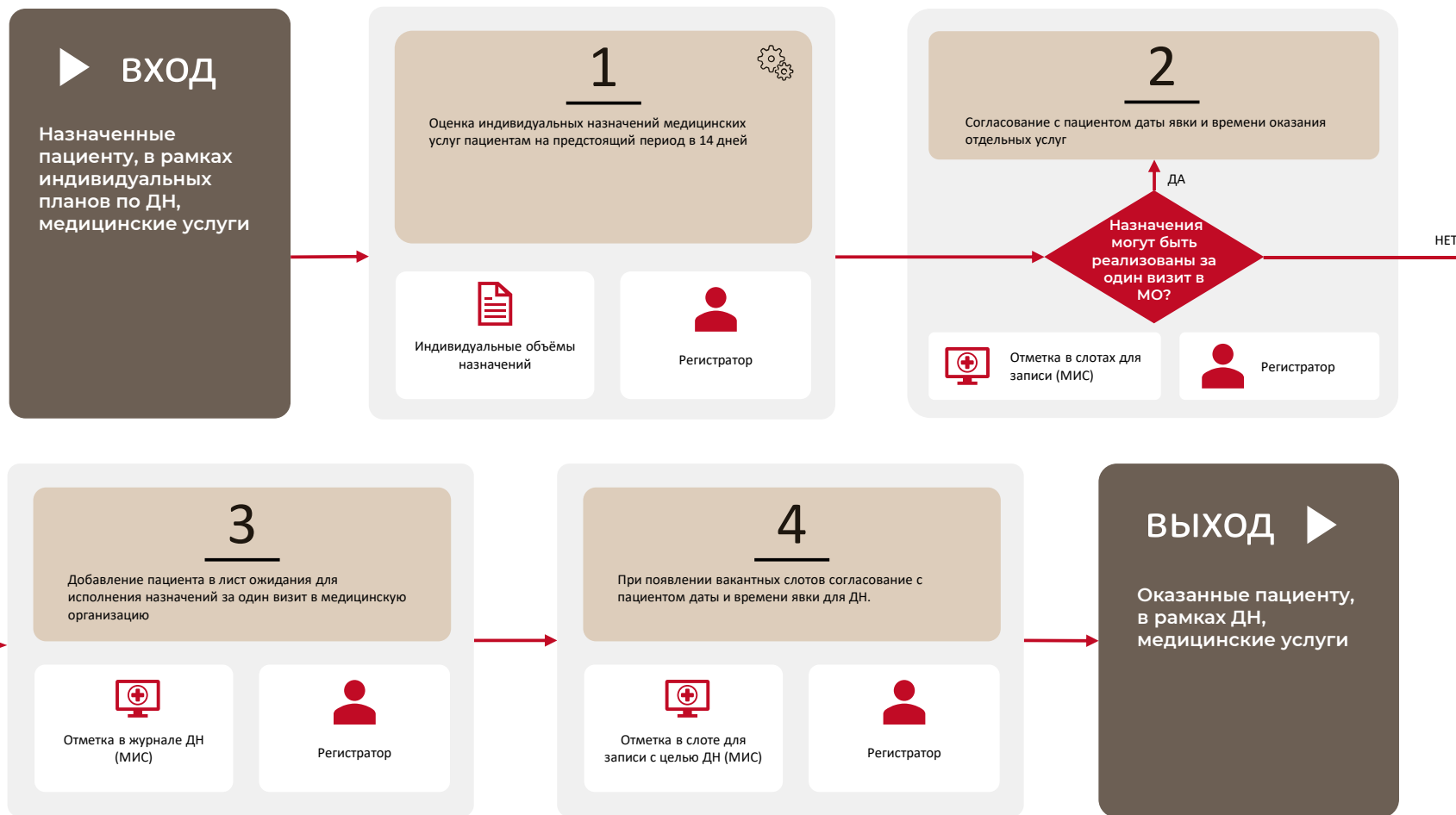
5 Контроль соблюдения периодичности приемов с целью диспансерного наблюдения в части функционала регистратуры

Описание целевого бизнес-процесса

- 1.** На первом этапе процесса контроля периодичности приема с целью ДН в части функционала регистратуры следует оценить назначения медицинских услуг пациентам на предстоящий период в 14 дней. Функцией этапа является формирование объемов услуг для каждого пациента, позволяющих исполнить индивидуальные планы ДН в краткосрочной перспективе. Затем, требуется провести компоновку всех назначенных услуг по датам и времени.
- 2.** В случае наличия вакантных слотов по всем назначенным пациентам услугам, следует согласование с ним возможности явки в МО. В случае подтверждения возможности явки слоты резервируются за пациентом, формируя для него предварительную запись с целью ДН.
- 3.** В случае невозможности в полной мере реализовать этап комплексного оказания медицинской помощи в рамках одного или нескольких визитов в МО в краткосрочной перспективе, требуется обеспечить возможность исполнения индивидуальных планов ДН в отдаленной перспективе, в том числе путем направления пациента в другие МО.
- 4.** Завершающим этапом контроля ДН является пересмотр второй операции процесса на предмет возможности реализовать назначения пациента за счет вакантных слотов в следующие 48 часов. Кратность обращения к назначениям одного пациента не должна превышать одного раза в сутки.

5

Контроль соблюдения периодичности приемов с целью диспансерного наблюдения в части функционала регистратуры



Легенда:



Вход/
Выход



1 Этап
(операция)



Документ



Ответственный



Запись в медицинской информационной системе (МИС)



Переход между этапами
(операциями) процесса



Требует
разработки алгоритма

5 Контроль соблюдения периодичности приемов с целью диспансерного наблюдения в части функционала регистратуры

Требования к входам и выходам процессов

Наименование входа/выхода	Требования
Назначенные пациенту, в рамках индивидуальных планов по ДН, медицинские услуги	1. Назначение реализовано в МИС, включая автоматически формируемое направление.
Оказанные пациенту, в рамках ДН, медицинские услуги	1. Заключение по результатам врачебных приемов и методах диагностики приобщены к медицинской документации пациента.

Требуется разработка алгоритма и внедрения в функционал МИС

- ▶ Оценка индивидуальных назначений медицинских услуг пациентам на предстоящий период в 14 дней

Процессы 5–7 оценивались при помощи двух КПЭ, поэтому далее следует описание трех исходных и трех целевых процессов, а затем приводится динамика соответствующих показателей.

Описание исходного бизнес-процесса

Общими проблемами бизнес-процесса стали неактуальность перечня пациентов, отнесенных к группе ДН, и ненадлежащая актуализация таких списков. В отдельных организациях к перечню пациентов, находящихся под ДН, относились пациенты, с которыми МО не контактировала более двух лет.

Характерной проблемой исходного уровня процесса контроля на уровне терапевтического участка являлась неактуальность группы ДН и отсутствие обобщения индивидуальных планов ДН в отношении пациентов. Если проблема неактуальности группы ДН характерна для всех процессов ДН, то решение вопроса обобщения назначений индивидуальных планов для отдельных пациентов – это функционал, который не может быть делегирован немедицинскому персоналу.

Анализ и обобщение назначений на уровне терапевтического участка устраняет неактуальные назначения, сделанные ранее для диагностики заболеваний, исключает дублирование рекомендаций отдельных специалистов для одного пациента, обеспечивает корректировку траектории лечебно-диагностического процесса и актуализацию необходимых действий. Проблема включает как дублирование идентичных медицинских услуг, так и независимое формирование назначений различных услуг с идентичными диагностическими целями.

В части дефектов контроля работы с группой ДН, при оценке текущего состояния определялось значительное число пациентов, назначения которым ранее были сделаны, но не были исполнены, после чего с ними не связывались, и они переставали курироваться со стороны медицинской организации. Функцией терапевтического участка является отслеживание таких случаев и актуализация назначений для них.

6 Контроль соблюдения периодичности приема с целью диспансерного наблюдения в части функционала терапевтического участка

Таблица 10. Описание проблем исходного уровня процесса контроль соблюдения периодичности приема с целью ДН в части функционала терапевтического участка

№	Краткое описание проблемы	Организационные меры по решению проблемы
1	В группе ДН находятся пациенты более двух лет не контактировавшие с медицинской организацией	Актуализация совместно с ТФОМС перечня лиц из числа прикрепленного населения, находящихся в группе ДН
2	Недостаточно слотов для записи в рамках ДН	Выделение в типовых наборах расписания наиболее востребованных медицинских услуг слоты для пациентов из группы ДН, формирование отдельного потока
3	Не явившийся по записи для ДН пациент больше не обращается в МО	Утвердить алгоритм контроля и информирования пациента о необходимости получения медицинских услуг в рамках ДН
4	Пациент отказывается явиться в МО для получения услуг в рамках ДН	Разработать алгоритм и форму заключения по результатам полученных медицинских услуг для предоставления пациентам при каждом визите в МО

Описание целевого бизнес-процесса

1. Первым этапом контроля соблюдения периодичности приема с целью ДН является актуализация перечня находящихся под ДН пациентов и обобщение объемов индивидуальных планов на основании назначений врачей. Участковая медицинская сестра исключает из группы ДН пациентов, которые по любым причинам далее не смогут получать медицинские услуги в МО. Затем производится оценка назначений, сделанных пациентам из группы ДН врачами, и назначений в рамках индивидуального плана ДН, устраняется дублирование. Этап может быть разделен на отдельные операции, в случае цифровой автоматизации решения одной из его задач.

2. Исходя из обобщенных объемов медицинских услуг в планах ДН, следует провести оценку возможности их исполнения. Оптимальным является выделение в структуре расписания приема врачей или диагностических услуг целевых слотов с целью ДН. При их наличии необходимо соотнести объемы индивидуальных планов с объемами соответствующих целевых слотов. Требуется обратить внимание на уком-

плектованность целевых слотов для ДН за предыдущий период. При высокой конкуренции пациентов при формировании предварительной записи, можно рассмотреть выделение отдельного времени работы специалистов для оказания услуг в рамках ДН.

3. Контроль явок с целью ДН включает как контроль исполнения ранее выданных направлений, так и выявление фактов злоупотреблений в обращениях в рамках ДН. Исходя из индивидуальных планов ДН и определения групп риска в группе лиц, находящихся по ДН, этот этап является важным в снижении числа обострений хронических заболеваний и профилактики ССС. Неисполнение назначений может быть вызвано как недобросовестностью, так и ухудшением состояния здоровья и является маркером нарушения процесса ДН. Исходя из этого, участковой медицинской сестре может потребоваться получить от пациента дополнительную информацию и провести курацию по телефону. Результатом этапа станет актуальный статус оказанных пациенту медицинских услуг в рамках ДН.

6 Контроль соблюдения периодичности приема с целью диспансерного наблюдения в части функционала терапевтического участка



Легенда:



Вход/
Выход



1 Этап
(операция)



Документ



Ответственный



Запись в медицинской информационной
системе (МИС)



Переход между этапами
(операциями) процесса



Требуется разработка алгоритма

6 Контроль соблюдения периодичности приема с целью диспансерного наблюдения в части функционала терапевтического участка

Требования к входам и выходам процессов

Наименование входа/выхода	Требования
Назначенные пациенту, в рамках индивидуальных планов по ДН, медицинские услуги	1. Назначения реализованы вместе с направлениями
Актуальный статус оказанных пациенту, в рамках ДН, медицинских услуг	1. Статус оказания услуг доступен врачу-терапевту участковому.

Требуется разработка алгоритма и внедрения в функционал МИС

- ▶ Обобщение объемов индивидуальных планов ДН.
- ▶ Оценка объема представленных планов ДН, корректировка исходя из возможностей подразделения.

7

Включение пациента в группу диспансерного наблюдения врача-терапевта участкового

Процессы 5–7 оценивались при помощи двух КПЭ, поэтому далее следует описание трех исходных и трех целевых процессов, а затем приводится динамика соответствующих показателей.

Описание исходного бизнес-процесса

Проблемы в процессе включения пациента в группу ДН часто приводили к ненадлежащему формированию группы и ведению профилактической работы. Организация бизнес-процесса перехода подлежащего пациента под ДН отдельного врача является фактором, определяющим эффективность работы по профилактике осложнений у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями.

Мероприятия пилотного проекта пришлись на период перехода от одной нормы регулирования ДН к другой. На момент старта мероприятий пилотного проекта действующей нормой ДН взрослых являлся Приказ Минздрава РФ №173н от 29.03.2019 «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», но уже с 01.09.2022 в силу вступали нормы Приказа Минздрава РФ №168н от 15.03.2022 «Об утверждении порядка

проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», вносящие дополнительную детализацию. МО начали подготовку к переходу на новые нормы регулирования, а большее число показаний для включения в группу ДН, согласно Приказу Минздрава №168н от 15.03.2022, дополнительно усложнило выработку единого процесса для врача-терапевта участкового и показало перспективность автоматизации отдельных операций.

Помимо проблем формального отнесения пациента к числу подлежащих ДН в исходном уровне были обозначены также проблемы мотивации и привлечения самого пациента, поскольку включенный в группу ДП пациент, игнорирующий предписания, представляет большую сложность, чем дисбаланс внутренних процессов МО.

7 Включение пациента в группу диспансерного наблюдения врача-терапевта участкового

Таблица 11. Описание проблем исходного уровня процесса включения пациента в группу ДН врача-терапевта участкового

№	Краткое описание проблемы	Организационные меры по решению проблемы
1	Подлежащие включению в группу ДН по результатам диспансеризации пациенты не включаются в нее	Организация преемственности между профилактической и участковой службой, посредством алгоритмизации процесса передачи информации от структур медицинской профилактики к врачам-терапевтам участковым
2	Информация о случаях экстренной госпитализации не передается в МО	Электронное взаимодействие, позволяющее МО первичного звена получать выписные эпикризы экстренно госпитализированных пациентов, из числа прикрепленного населения
3	Полученные МО сведения о случае экстренной госпитализации не доводятся до уровня терапевтического участка	Система распределения данных о пациентах и доведения до терапевтических участков, прежде всего в форме электронного документа
4	Сведения о пациенте доводятся до терапевтического участка несвоевременно, с большой задержкой	Порядок и сроки доведения сведений о результатах диспансеризации, впервые выявленных заболеваниях, выписных эпикризах и новых пациентах, поступивших под наблюдение до терапевтических участков

Описание целевого бизнес-процесса

- 1.** Критерием включения в группу ДН является наличие на то оснований, предусмотренных нормативными правовыми актами. В отсутствие нормативов основаниями для включения пациентов в группу ДН отдельных врачей-терапевтов участковых могут стать локальные документы. При работе с прикрепленным населением оценка наличия оснований включения в группу ДН может производиться врачом-терапевтом участковым. В соответствии с поставленной информацией о пациентах принимается решение о наличии оснований для включения в группу ДН. В случае отсутствия оснований поступившие сведения, представляющие конфиденциальную информацию, приобщаются к медицинской карте пациента.
- 2.** При наличии показаний для включения в группу ДН необходимо создать индивидуальный план, включающий перечень необходимых медицинских услуг в форме назначений или направлений. План ДН является производным от показанных пациенту диагностических и лечебно-профилактических медицинских услуг. При реализации в функционале МИС план ДН должен формироваться исходя из рекомендаций или назначений, в одновременном автоматическом формировании направления на отдельные исследования и консультации. Поскольку нормативные правовые основы ДН предлагают большое разнообразие оснований для включения в группу с соответствующими показаниями рекомендуется обеспечить автоматизацию данного этапа в МИС. Автоматизация может быть реализована в форме алгоритма, включающего пациента в группу ДН при выборе соответствующего кода заболевания в международной классификации болезней.
- 3.** Обязательной операцией включения в группу ДН является создание контрольной карты по форме 030/у на бумажном носителе или в форме электронного документа в МИС. При наличии технической возможности рекомендуется вести контрольную карту в полном объеме в форме электронного документа, т.к. при наличии в МИС информации о всех исследованиях и консультативных заключениях она в распечатанном виде не представляет ценности ни для медицинских работников, ни для пациента.
- 4.** После формирования индивидуальных перечней медицинских услуг в рамках ДН требуется обеспечить должное информирование пациента о необходимости визита в МО с целью профилактики осложнений имеющихся заболеваний. Не рекомендуется автоматизация настоящего этапа, т.к. от его успешности зависит эффективность всего процесса.
- 5.** При готовности пациента посетить МО согласовывается дата и время первого визита с целью ДН. Это действие выполняется регистратором или оператором колл-центра последовательно с предыдущим, в телефонном разговоре, поэтому его автоматизация также не рекомендуется. В целях улучшения качества взаимодействия с пациентами по вопросу ДН рекомендуется делегировать последние 2 этапа процесса включения в группу ДН одному сотруднику, наилучшим образом владеющему коммуникативными навыками, и выделить ему время только для этой работы.

7 Включение пациента в группу диспансерного наблюдения врача-терапевта участкового



Легенда:



Вход/
Выход



1 Этап
(операция)



Документ



Ответственный



Запись в медицинской информационной
системе (МИС)



Переход между этапами
(операциями) процесса



Требуется
разработка алгоритма

7 Включение пациента в группу диспансерного наблюдения врача-терапевта участкового

Требования к входам и выходам процессов

Наименование входа/выхода	Требования
Определение оснований для включения в группу ДН	<ol style="list-style-type: none">1. Основания для включения представлены надлежащие оформленными и достоверными документами.2. В части информации, поступающей в МИС, включая коды МКБ-10, определяется автоматически.
Назначение даты и времени явки пациента с целью ДН	<ol style="list-style-type: none">1. В отношении услуг, требующих записи в расписании, на пациента зарезервированы слоты, и он внесен в предварительную запись.

Требуется разработки алгоритма и внедрения в функционал МИС

- ▶ Формирование плана ДН.

Критерии оценки эффективности

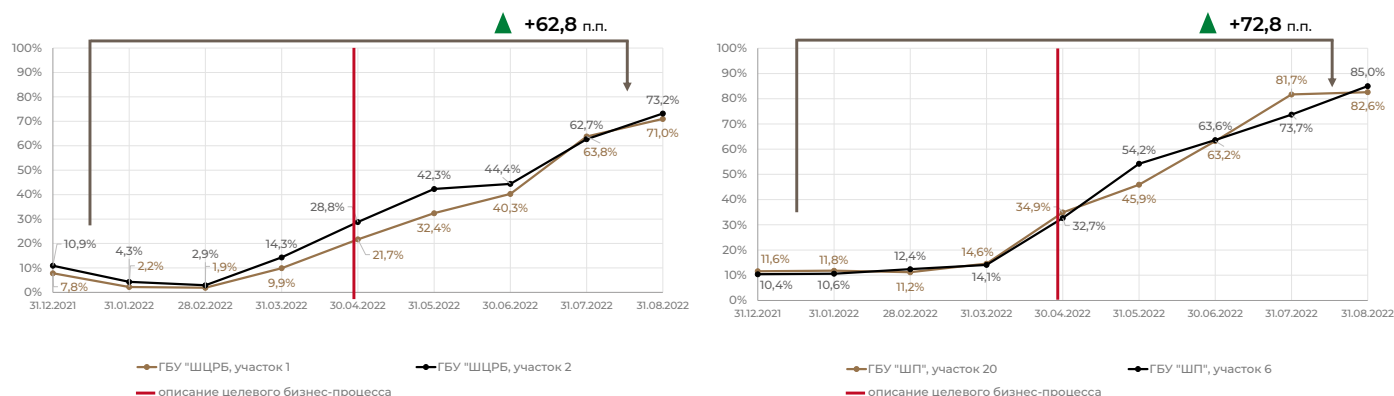
КПЭ 1 Доля пациентов, в отношении которых соблюдена периодичность приемов с целью диспансерного наблюдения (ДН), %

КПЭ 6 Доля пациентов, прошедших диспансеризацию после первого приема по диспансерному наблюдению в текущем году, %

Результаты внедрения целевых бизнес-процессов в пилотных регионах

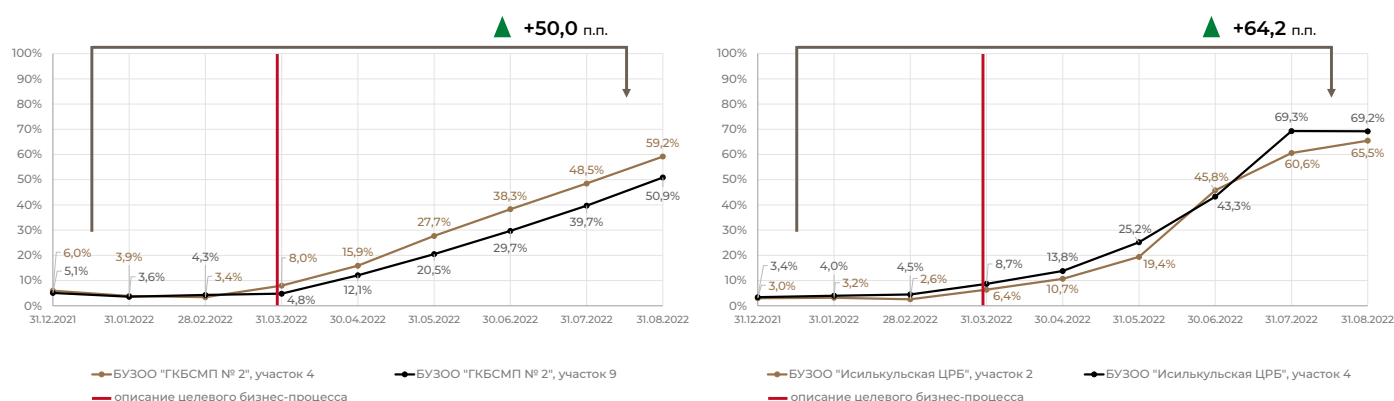
КПЭ 1 Доля пациентов, в отношении которых соблюдена периодичность приемов с целью диспансерного наблюдения (ДН), %

Курганская область



С декабря 2021 г. по март 2022 г. в Курганской области в связи с пандемией COVID-19 приостановлена плановая первичная медико-санитарная помощь, включая визиты по ДН. В апреле в пилотных МО внедрены целевые процессы, и доля лиц, состоящих под ДН с соблюдением периодичности приемов, начала расти с сохранением положительных тенденций прироста вплоть до августа 2022 года.

Омская область

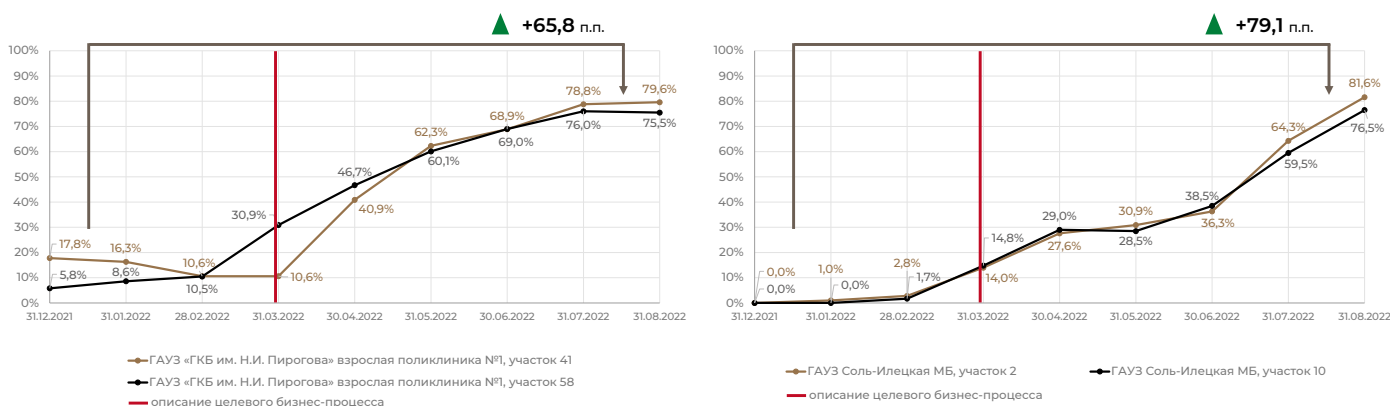


В пилотных МО Омской области после внедрения целевых процессов отмечается устойчивый рост доли лиц, состоящих под ДН с соблюдением периодичности приемов.

Результаты внедрения целевых бизнес-процессов в пилотных регионах

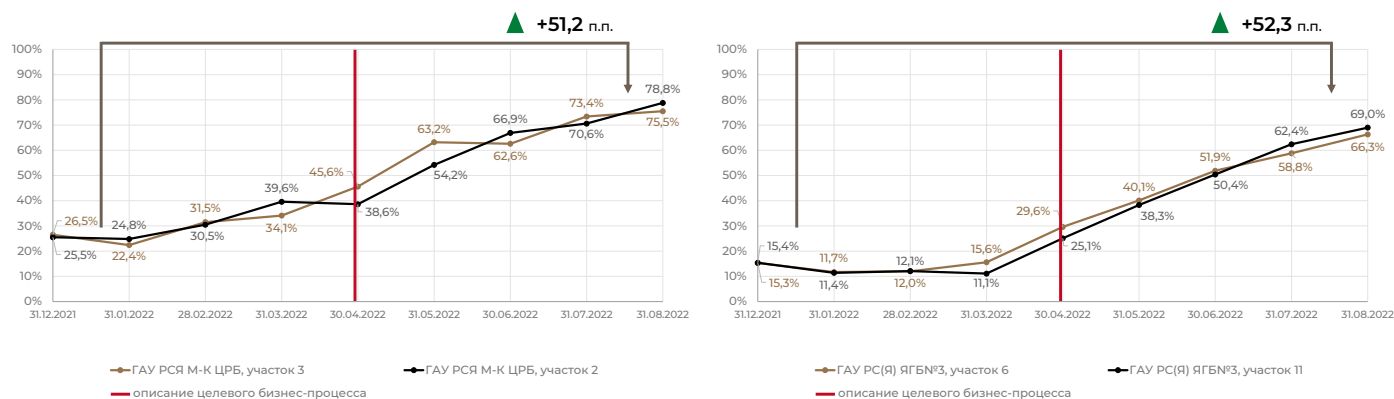
КПЭ 1 Доля пациентов, в отношении которых соблюдена периодичность приемов с целью диспансерного наблюдения (ДН), %

Оренбургская область



С декабря 2021 г. по февраль 2022 г. в Оренбургской области из-за высокого уровня риска заражения COVID-19 в МО не приглашались пациенты, находящиеся под ДН, им настоятельно рекомендовалось минимизировать визиты в поликлинику.

Республика Саха (Якутия)

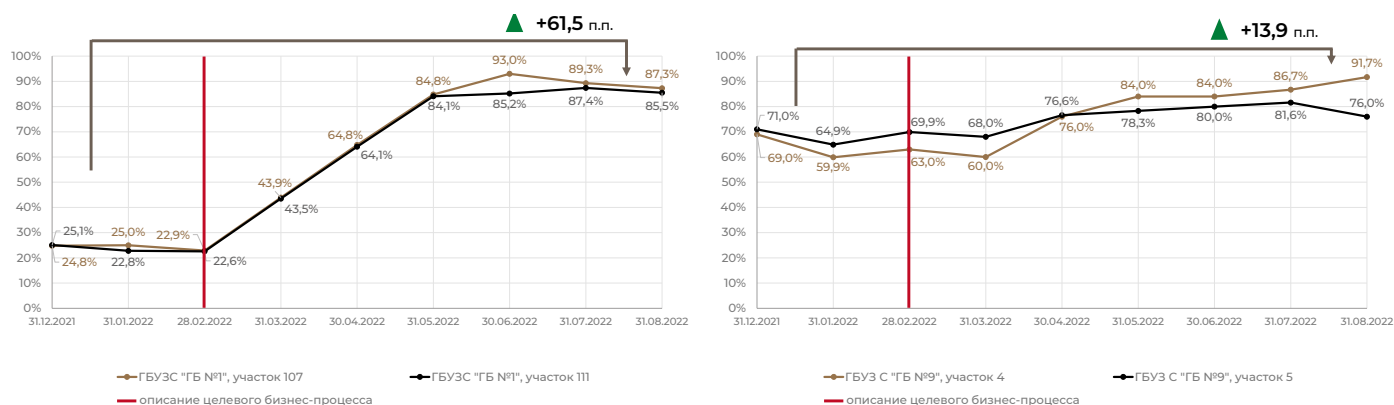


Отмечается выраженная положительная динамика, с нарастанием крутизны повышения показателя с момента начала проведения организационных мероприятий в рамках пилотного проекта.

Результаты внедрения целевых бизнес-процессов в пилотных регионах

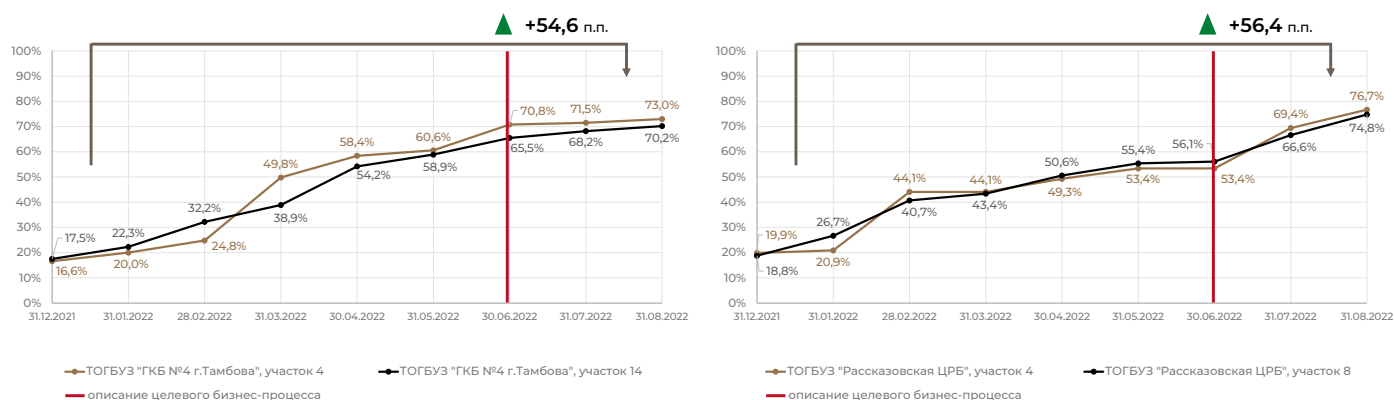
КПЭ 1 Доля пациентов, в отношении которых соблюдена периодичность приемов с целью диспансерного наблюдения (ДН), %

г. Севастополь



С момента описания целевого состояния бизнес-процесса в конце февраля 2022 г. отмечается устойчивый рост показателя КПЭ1 в МО г. Севастополя, стабилизирующийся в мае 2022 г. выше 75%.

Тамбовская область

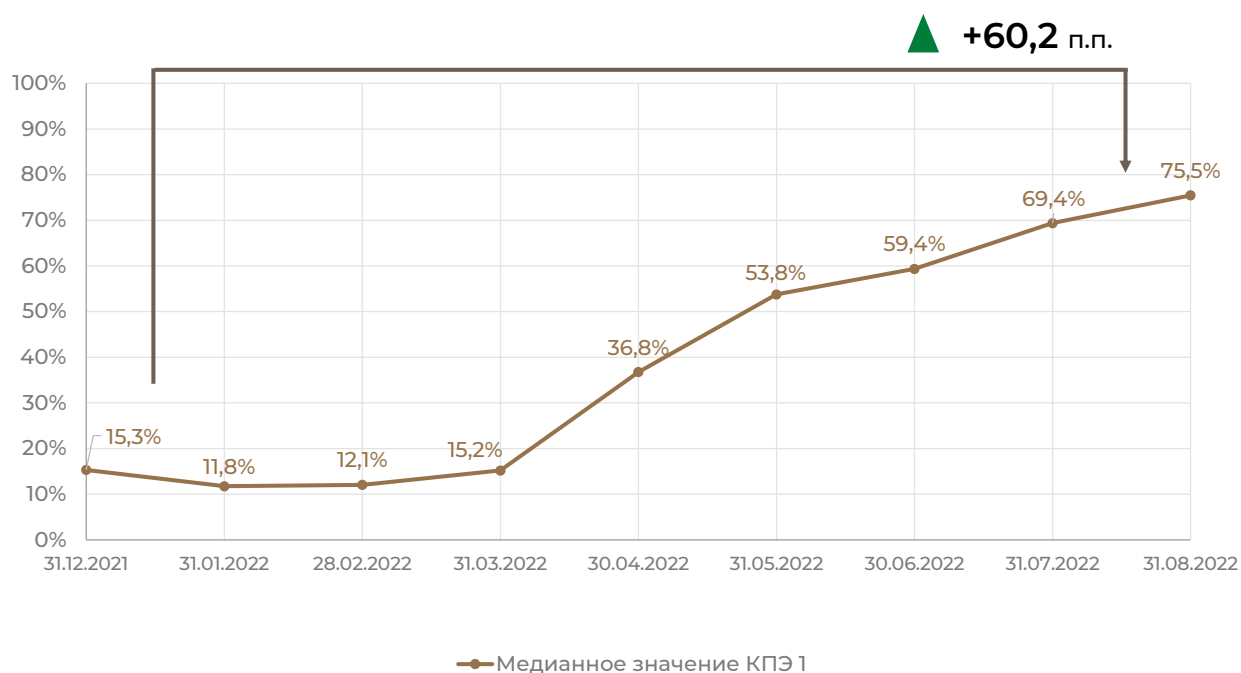


Целевое состояние бизнес-процессов было описано в Тамбовской области лишь в июне 2022 г., демонстрируя умеренный рост с момента установочного совещания и описания исходного уровня, и последующий рост до августа 2022 г. Интенсивность роста значительно не изменилась в ТОГБУЗ "ГКБ №4 г. Тамбова" и увеличилась в ТОГБУЗ "Рассказовская ЦРБ".

Результаты внедрения целевых бизнес-процессов в пилотных регионах

КПЭ 1 Доля пациентов, в отношении которых соблюдена периодичность приемов с целью диспансерного наблюдения (ДН), %

Медианные значения по всем участкам пилотных медицинских организаций



Доля пациентов, в отношении которых соблюдена периодичность приемов с целью ДН демонстрирует устойчивую динамику роста в результате двух основных причин:

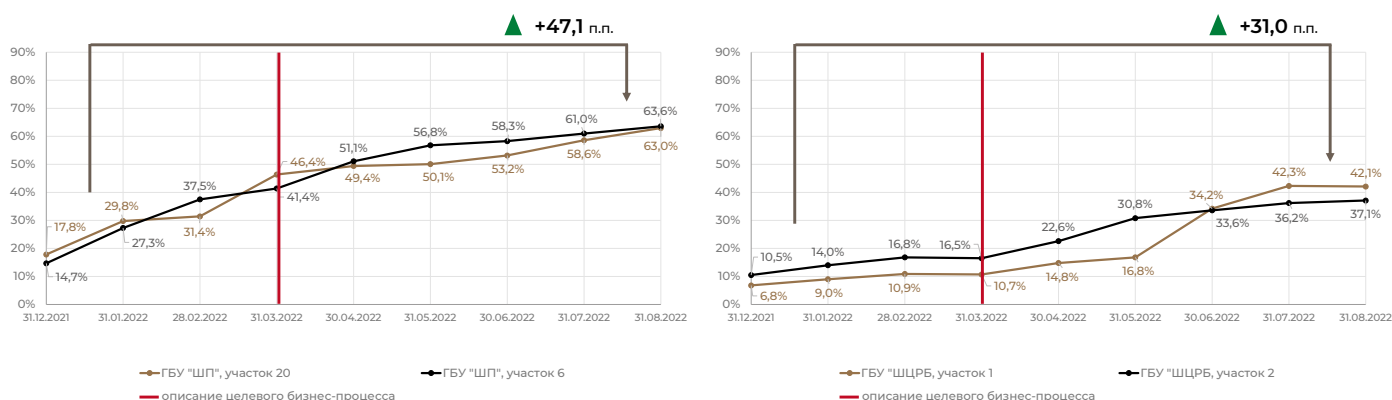
- ▶ Неблагоприятной эпидемиологической ситуации по COVID-19 и частичной приостановки профилактической медицинской помощи в период получения контрольных значений показателя в декабре 2021 г. – январе 2022 г.
- ▶ Совершенствование мер по соблюдению периодичности приемов с целью ДН в части функционала регистратуры и терапевтического участка.

Значения показателя в отдельных МО, а также исходное состояние ДН позволяют утверждать, что внедрение целевых бизнес-процессов влияет на положительную динамику показателя и позволяет получить значимый результат.

Результаты внедрения целевых бизнес-процессов в пилотных регионах

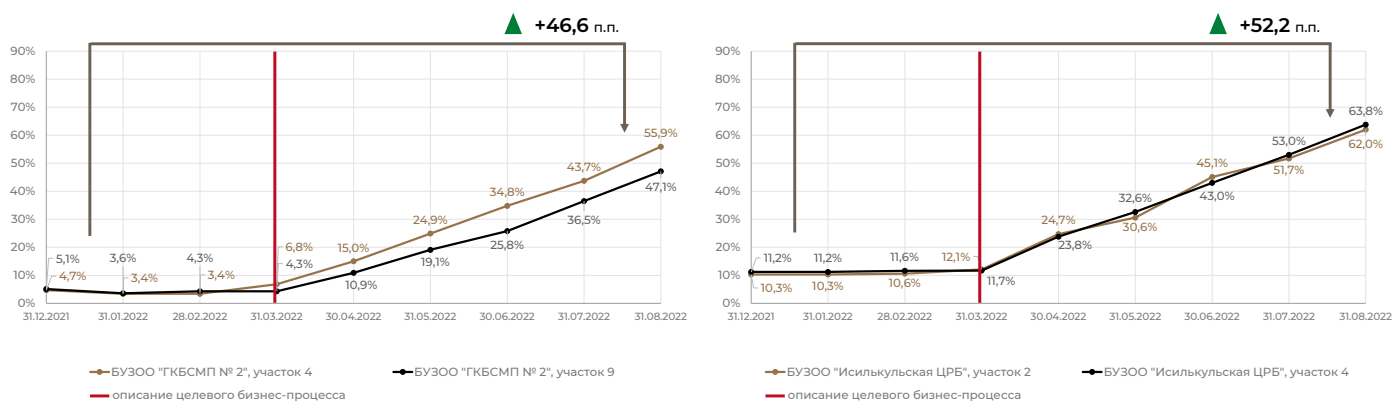
КПЭ 6 Доля пациентов, прошедших диспансеризацию после первого приема по диспансерному наблюдению в текущем году, %

Курганская область



Наблюдается рост показателя после возобновления осмотров лиц, состоящих под ДН, и активного внедрения целевого процесса в марте 2022 г.

Омская область

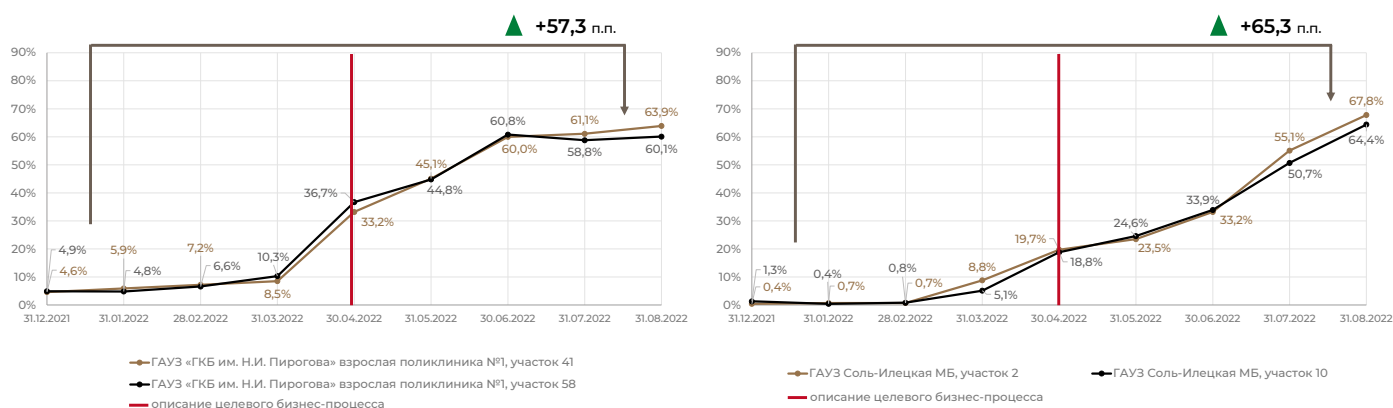


Ввиду неблагоприятной эпидемиологической ситуации, начиная с декабря 2021 г., доля пациентов, прошедших диспансеризацию после первого приема по диспансерному наблюдению в текущем году, оставалась в Омской области на уровне не более 5%. С момента внедрения целевого состояния и регулярного привлечения пациентов к прохождению диспансеризации сотрудниками регистратуры, показатель демонстрирует рост в обеих МО.

Результаты внедрения целевых бизнес-процессов в пилотных регионах

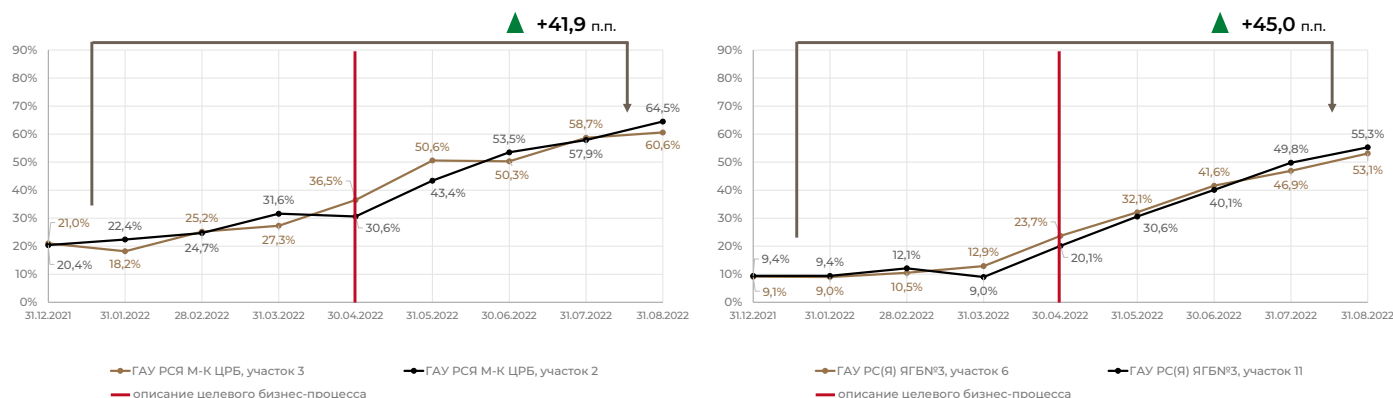
КПЭ 6 Доля пациентов, прошедших диспансеризацию после первого приема по диспансерному наблюдению в текущем году, %

Оренбургская область



Низкие значения показателя с декабря 2021 г. по февраль 2022 г. связаны с высоким уровнем заболеваемости острыми респираторными заболеваниями, включая COVID-19. В марте 2022 г. начато внедрение целевого процесса, в апреле 2022 г. разработаны СОП для сотрудников. Операторы колл-центров начали приглашать пациентов за день до назначенной даты визита в МО, при возникновении сложностей со стороны пациента – переносить запись на другое время или дату. Врач-терапевт участковый в электронном журнале по ДН начал устанавливать дату следующей явки, тем самым формируя индивидуальный план по ДН.

Республика Саха (Якутия)

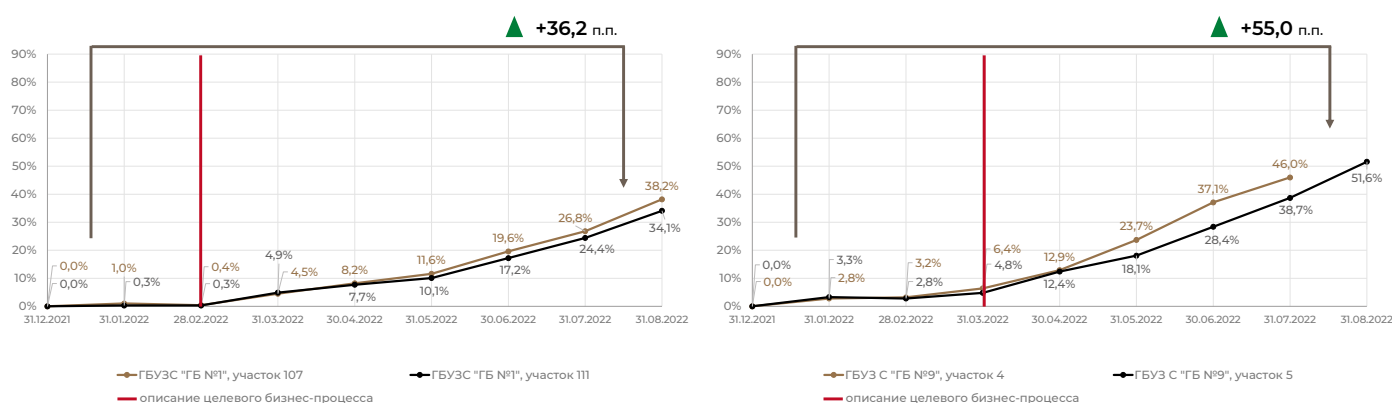


Наблюдается положительная динамика изменения значения данного показателя по обеим МО в течение периода наблюдения. Некоторое изначальное плато в начале отчетного года связано с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией. Проведение в рамках проекта ряда организационных мероприятий по целевому процессу позволили обеспечить положительную динамику показателя.

Результаты внедрения целевых бизнес-процессов в пилотных регионах

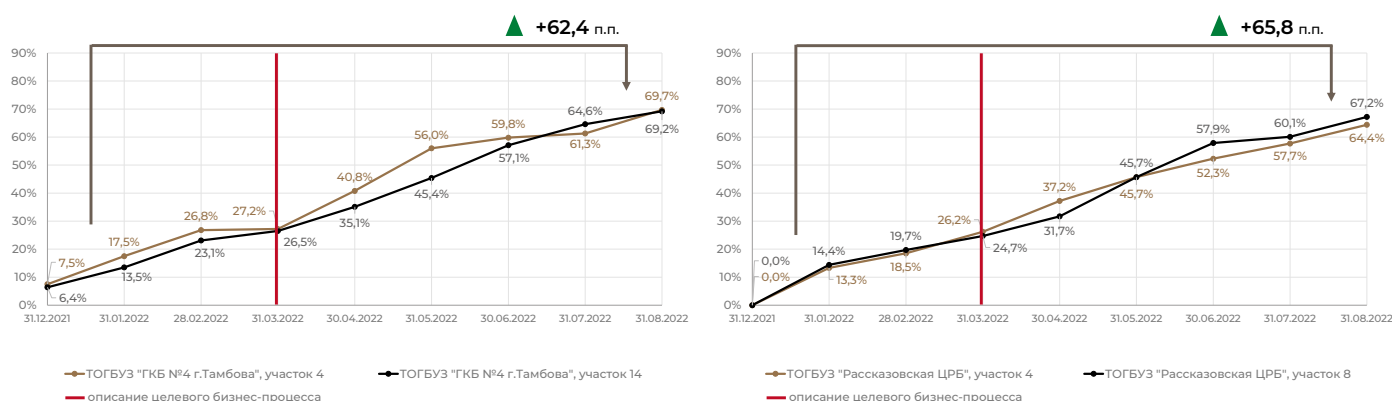
КПЭ 6 Доля пациентов, прошедших диспансеризацию после первого приема по диспансерному наблюдению в текущем году, %

г. Севастополь



В г. Севастополь наблюдалась практически нулевая доля лиц, прошедших профилактические медицинские осмотры из числа находящихся на ДН. Процесс был отнесен рабочими группами региона к приоритетному, поэтому его целевое состояние было описано до конца февраля 2022 г. Начиная с марта 2022 г., возобновилось проактивное привлечение пациентов.

Тамбовская область

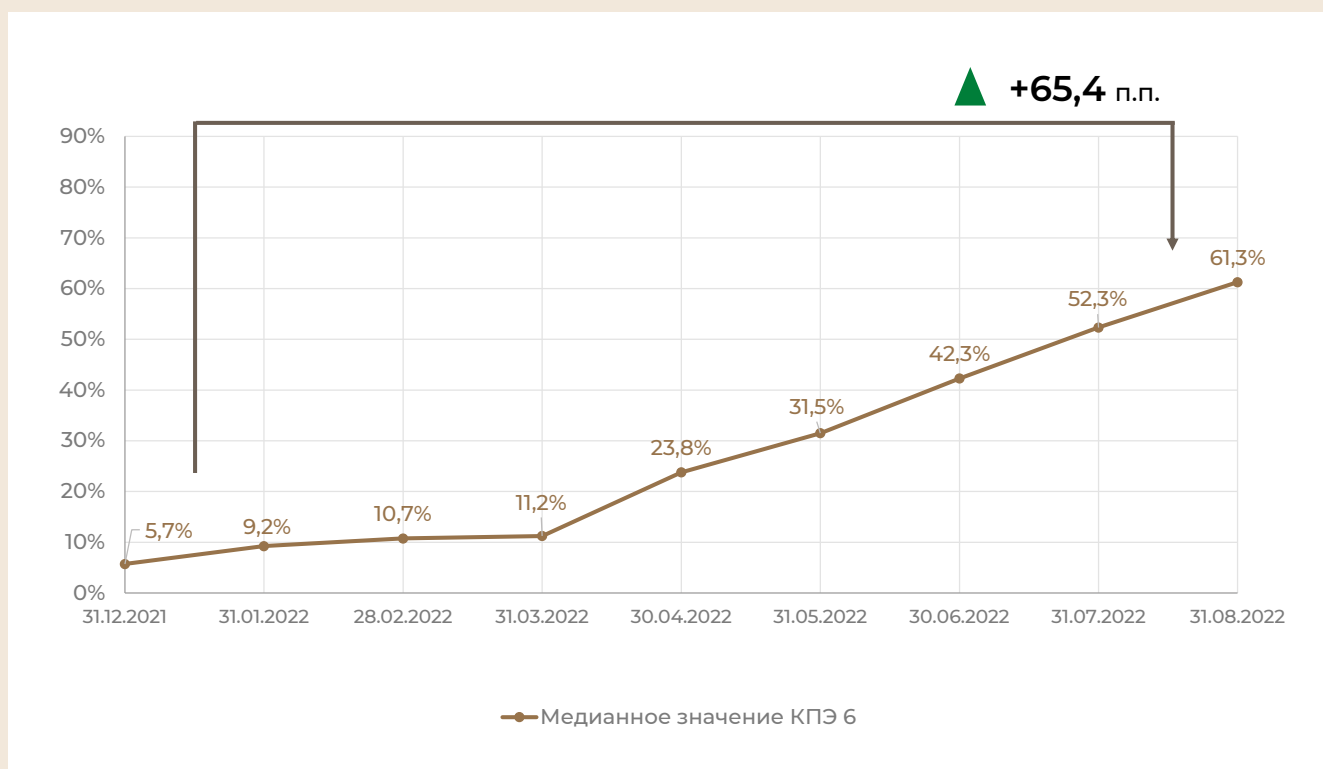


Крайне низкие значения показателя на старте связаны с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией. После начала пилотного проекта и устранения выявленных проблем путем разработки формы мониторинга соблюдения кратности и периодичности приемов пациентов, состоящих под ДН, доработке модуля по передаче данных в РМИС и обеспечения возможности формировать и выгружать списки пациентов на всех участках удалось добиться роста показателя.

Результаты внедрения целевых бизнес-процессов в пилотных регионах

КПЭ 6 Доля пациентов, прошедших диспансеризацию после первого приема по диспансерному наблюдению в текущем году, %

Медианные значения по всем участкам пилотных медицинских организаций



Рост доли пациентов, прошедших диспансеризацию после первого приема по ДН в текущем году, был обеспечен комплексными мерами улучшения ДН в пилотных МО. Процессные улучшения и новые организационные подходы формирования группы ДН, а также работы с ней продиктованы как тенденциями к нормализации эпидемиологической ситуации, так и большей сложностью формирования группы ДН в текущих нормативных правовых условиях.

Описание исходного бизнес-процесса

Определение групп риска приносит наибольшую пользу для пациента, сохраняя жизни и препятствуя осложнениям хронических неинфекционных заболеваний. Бизнес-процесс является последующим и реплицирует все проблемы процесса «Включение пациента в группу диспансерного наблюдения врача-терапевта-участкового».

После формирования группы ДН алгоритм действий для определения групп риска (группы приоритета ДН) был исчерпывающим образом проработан специалистами Минздрава России и ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, результатом чего стали методические рекомендации по организации приоритизации пациентов в рамках диспансерного на-

блюдения от 07.04.2022 г.¹ Все проблемы исходного уровня в определении групп риска можно характеризовать отсутствием исполнения мер, рекомендуемых ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, а дальнейшие подходы улучшений, как исполнение данных рекомендаций.

Методические рекомендации по организации приоритизации пациентов в рамках диспансерного наблюдения от 07.04.2022



Таблица 12. Описание проблем исходного уровня процесса определения групп риска осложнений у лиц, находящихся под ДН

№	Краткое описание проблемы	Организационные меры по решению проблемы
1	Пациент, отнесенный к группе риска в рамках ДН, не может посещать медицинскую организацию из-за плохого состояния	Возможность курации на дому, в том числе с привлечением немедицинского персонала
2	Отнесенные к группе риска пациенты не могут контролироваться только в рамках визитов в МО, их состояние ухудшается при правильных рекомендациях и назначениях	Дистанционные методы диагностики (дистанционные помощники), для оперативного определения ухудшения состояния пациента Система индикации ухудшения состояния пациента и алгоритмы оперативных изменений в рекомендациях и назначениях, в том числе с использованием чек-листов из Методических рекомендаций по организации приоритизации пациентов в рамках диспансерного наблюдения
3	При ухудшении состояния пациенты вызывают скорую медицинскую помощь, и информация о таких вызовах не поступает на терапевтический участок	Взаимодействие с региональной службой скорой медицинской помощи и преемственность информации в форме передачи электронных документов в медицинскую организацию первичного звена

Описание целевого бизнес-процесса

1. Для повышения эффективности работы с группой ДН, снижения преждевременной смертности и профилактики осложнений хронических неинфекционных заболеваний, требуется регулярная актуализация перечня подлежащих пациентов. Рекомендуется инициировать процесс актуализации перечня подлежащих одновременно с оценкой исполнения индивидуальных планов наблюдения. Анализ отклика на приглашения и прохождение услуг согласно индивидуальному плану ДН требуется проводить ежемесячно. Актуализация отнесенных к группе ДН рекомендуется к проведению с кратностью не чаще чем ежемесячно, и не реже чем ежеквартально.

2. Согласно рекомендациям ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, выделение приоритетной коморбидной группы проводится на основании установленных пациентам диагнозов, отнесенных к одной из трех групп.

▶ В группу 1 входят основные диагнозы: I20-I25 Ишемические болезни сердца; I10-I11; I12-I13 Гипертензивные болезни; I60-I69 Цереброваскулярные болезни.

▶ Группа 2 включает в себя сопутствующие заболевания: E10-E11 Сахарный диабет; J44.0-J44.9 Хроническая обструктивная легочная болезнь; N18.1-N18.9 Хроническая болезнь почек, гипертензивная болезнь с поражением почек.

▶ К группе 3 отнесены осложнения заболеваний: I50.0-I50.9 Недостаточность сердечная; I48-I49 Нарушение ритма; I44-I45 Нарушения проводимости; I27.9 Сердце легочное хроническое; J18.2 Гипостатическая пневмония; N18.9 Недостаточность почечная; N19 Уремия; R02 Гангрена; J98.4 Недостаточность легочная; J43.9 Эмфизема.

Особое внимание следует уделить пациентам, вызывавшим ранее СМП по причинам, по которым они были отнесены к группе ДН.

3. К группам диагнозов, обуславливающих высокий риск смерти, целесообразно относить любое сочетание сопутствующих заболеваний и осложнений с основным диагнозом (а также сочетание нескольких диагнозов из группы основных), из указанных выше. Учитывается сочетание диагнозов в соответствии с кодами по МКБ-10, из числа входящих в группы 1,2 или 3, в одном из трех вариантов:

▶ группа 1 + группа 2 или группа 3

▶ группа 1 + группа 2 + группа 3

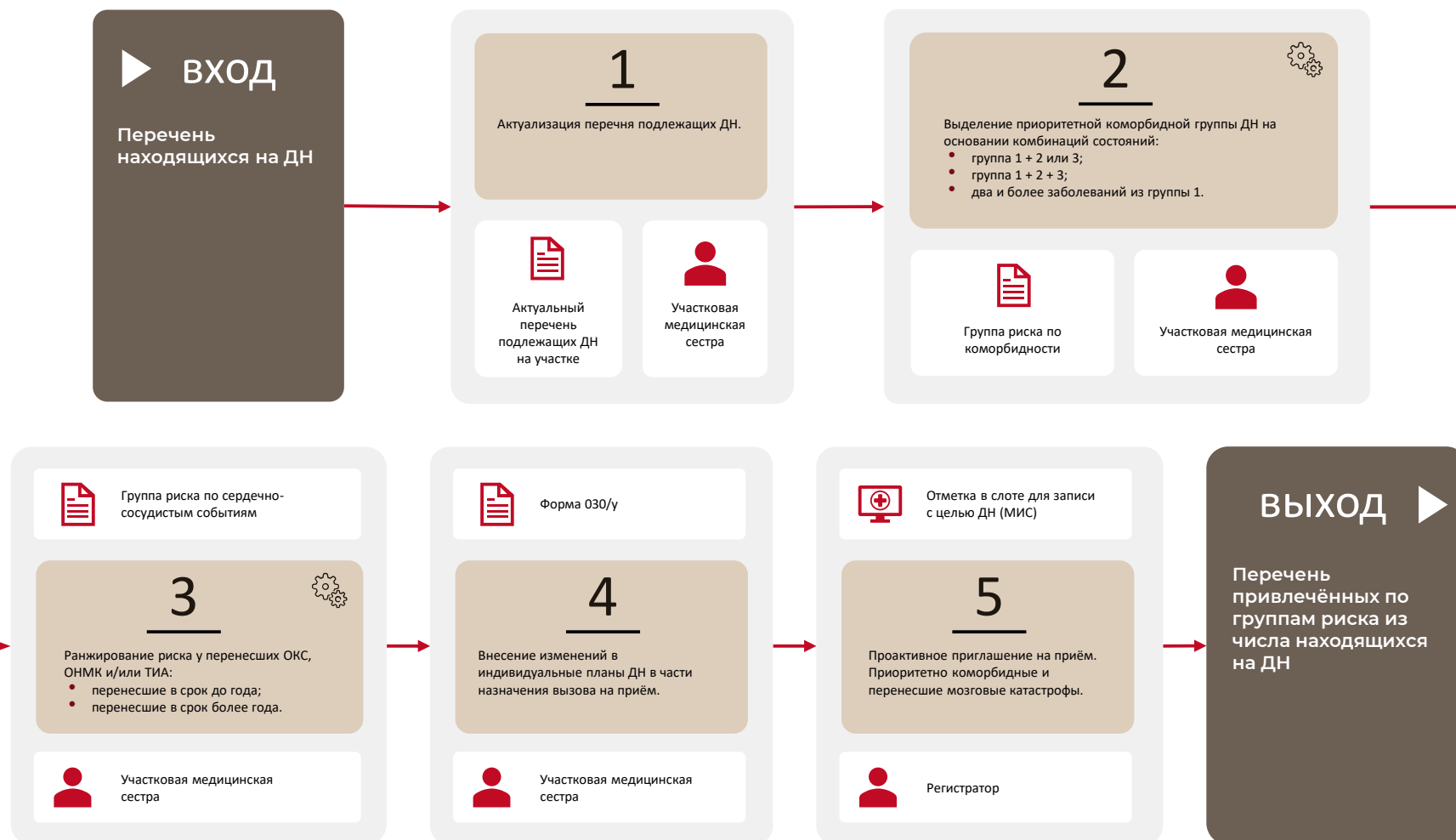
▶ два и более заболеваний из группы 1.

Целесообразно также ранжировать риск пациентов, перенесших ОКС, ОНМК и/или ТИА по времени, прошедшему с момента события: наибольший риск имеют пациенты, которые перенесли ОКС, ОНМК и/или ТИА в срок до года, далее пациенты, которые перенесли ОКС, ОНМК и/или ТИА в срок более года. В соответствии с годовым планом в первую очередь проактивно приглашаются на диспансерный прием коморбидные пациенты, перенесшие сердечно-сосудистые и мозговые катастрофы в срок до года, далее коморбидные пациенты, перенесшие вышеуказанные события более года назад, 8 затем – остальные пациенты из приоритетной группы коморбидных пациентов, соответствующие критериям приоритизации

8 Определение групп риска осложнений у лиц, находящихся под диспансерным наблюдением

Описание целевого бизнес-процесса

4. Поскольку вручную сопоставлять группы заболеваний из этапа 2, а также ранжировать группу по сердечно-сосудистым событиям – это трудоемкие и затратные по времени процедуры, носящие рутинный характер, то с целью увеличения кратности обновлений и снижения трудозатрат, рекомендуется автоматизация и последующая цифровизация настоящего этапа.



Легенда:



Вход/
Выход



1 Этап
(операция)



Документ



Ответственный



Запись в медицинской информационной
системе (МИС)



Переход между этапами
(операциями) процесса



Требуется
разработка алгоритма

8

Определение групп риска осложнений у лиц, находящихся под диспансерным наблюдением

Требования к входам и выходам процессов

Наименование входа/выхода	Требования
Перечень находящихся на ДН	<ol style="list-style-type: none"> 1. Информация о каждом пациенте в группе ДН имеется в объеме не менее формы ОЗО/у. 2. Наличие функционала МИС для просмотра исполненных назначений в соответствии с индивидуальным планом ДН. 3. На терапевтическом участке доступны сведения о госпитализациях по причине острых сердечно-сосудистых событий.
Перечень привлеченных по группам риска из числа находящихся на ДН	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наличие функционала в МИС для отметки об информировании. 2. Пользовательский интерфейс обеспечивает сопоставимость сведений о нахождении в группе риска, факте информирования о необходимости явки для ДН и факте получения услуг. 3. Пользовательский интерфейс обеспечивает наглядность стадии ДН в МИС, предусмотрена инфографика.

Требуется разработки алгоритма и внедрения в функционал МИС

- ▶ Выделение приоритетной коморбидной группы ДН на основании комбинаций состояний.
- ▶ Ранжирование риска у перенесших ОКС, ОНМК и/или ТИА по срокам.

Критерий оценки эффективности

КПЭ 2 Доля лиц, вызвавших скорую медицинскую помощь по причине заболеваний, по которым они находятся под ДН, от общего количества лиц, находящихся под ДН у врача-терапевта участкового, %

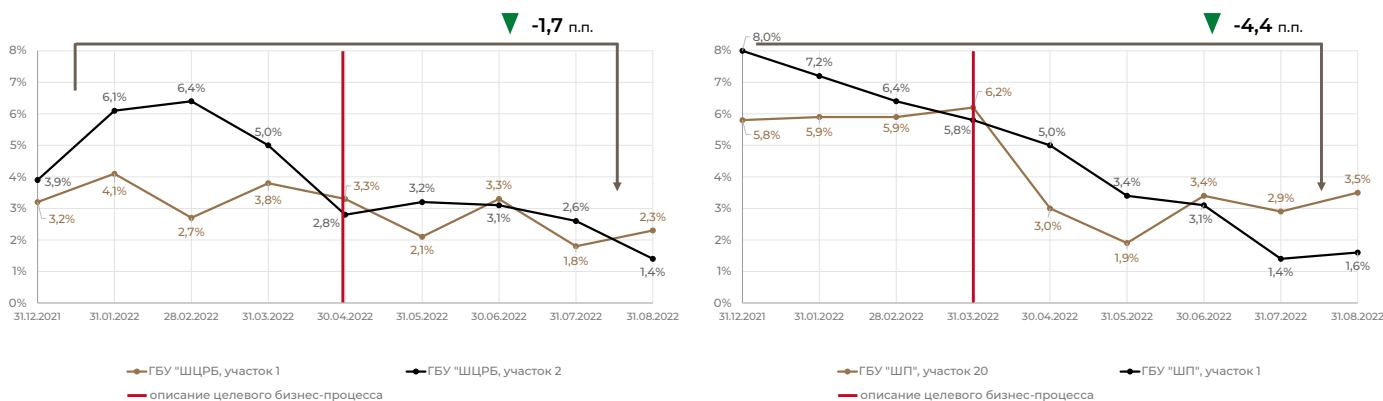
8

Определение групп риска осложнений у лиц, находящихся под диспансерным наблюдением

Результаты внедрения целевого бизнес-процессов в пилотных регионах

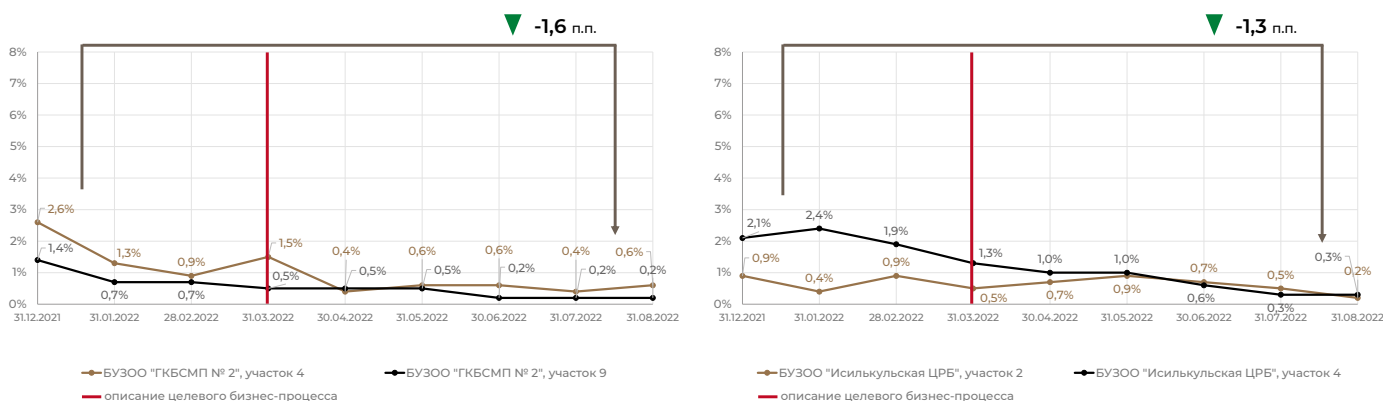
КПЭ 2 Доля лиц, вызвавших скорую медицинскую помощь по причине заболеваний, по которым они находятся под ДН, от общего количества лиц, находящихся под ДН у врача-терапевта участкового, %

Курганская область



От начала реализации проекта в Курганской области на регулярной основе реализована передача информации от скорой медицинской помощи в МО первичного звена. Это позволило врачам-терапевтам участковым начать работу по усилению контроля за пациентами, имеющими высокие риски осложнений ХНИЗ. Дополнительно реализована возможность поддержки врачебных решений в модуле «диспансерное наблюдение» РТ МИС.

Омская область



Значение показателя КПЭ 2 колеблется в МО Омской области в диапазоне ниже 3%, что демонстрирует единичные значения вызовов скорой медицинской помощи в разрезе терапевтических участков. Принятые организационные меры и внедрение целевого состояния процесса способствовало формированию тренда на снижение показателя.

В БУЗОО "Исилькульская ЦРБ" отмечается расхождение показателей между участками в январе 2022 г., что обусловлено малыми значениями вызовов СМП, которые составили на участке 2 один случай, а на участке 4 – шесть случаев, при близком значении группы лиц, находящихся под ДН: 252 на участке 2 и 249 на участке 4.

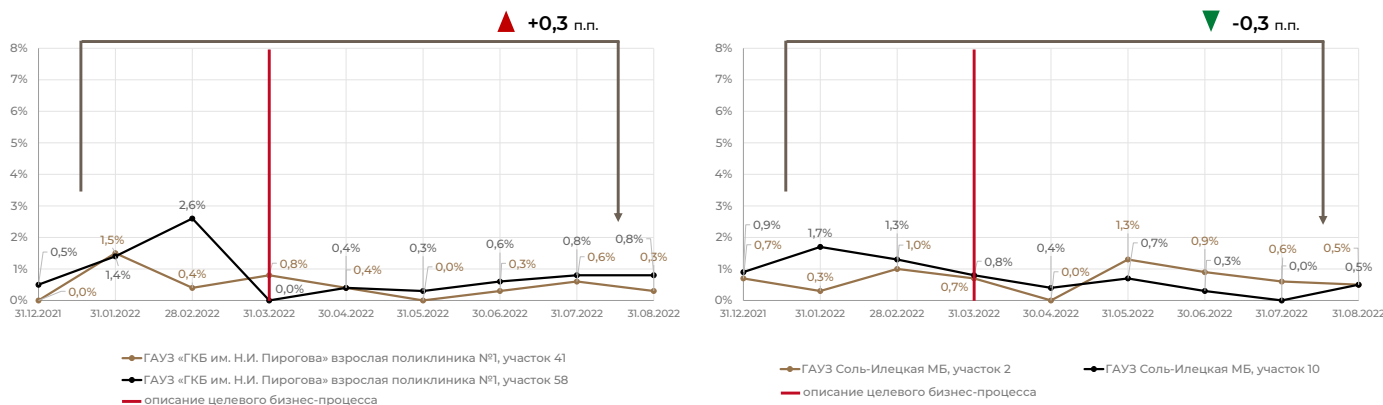
8

Определение групп риска осложнений у лиц, находящихся под диспансерным наблюдением

Результаты внедрения целевого бизнес-процессов в пилотных регионах

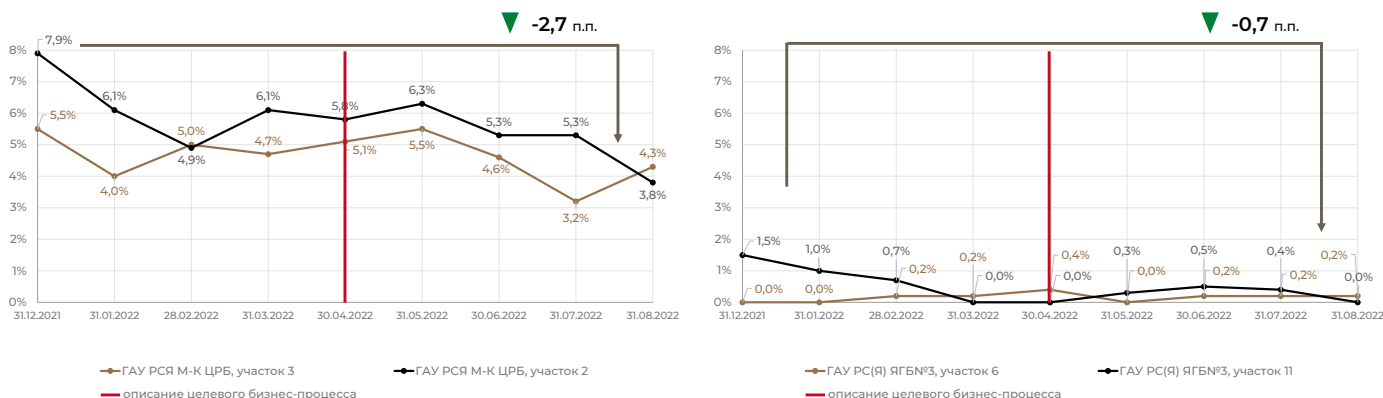
КПЭ 2 Доля лиц, вызвавших скорую медицинскую помощь по причине заболеваний, по которым они находятся под ДН, от общего количества лиц, находящихся под ДН у врача-терапевта участкового, %

Оренбургская область



Показатель испытывал волатильность в связи с малыми значениями количества вызовов СМП в разрезе терапевтических участков. В двух МО утверждены локальные акты, регламентирующие работу с документооборотом и доведением информации до уровня терапевтического участка. Был разработан и утвержден СОП для сотрудников по работе со списками пациентов.

Республика Саха (Якутия)



Снижение показателя обусловлено обеспечением коммуникаций между скорой помощью и МО первичного звена (через VIPNet). Созданы регламенты работы с пациентами, состоящими под ДН, с высоким риском осложнений, формы мониторинга качества данной работы. Внедрено оповещение (СМС - оповещения, объявления на сайтах и т.д.) и обзвоны пациентов в плановом порядке.

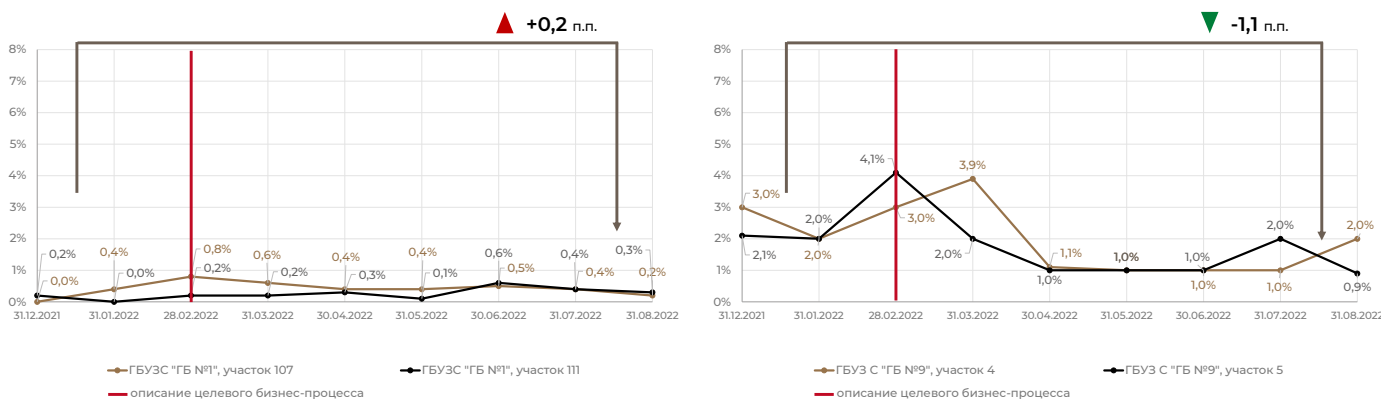
8

Определение групп риска осложнений у лиц, находящихся под диспансерным наблюдением

Результаты внедрения целевого бизнес-процессов в пилотных регионах

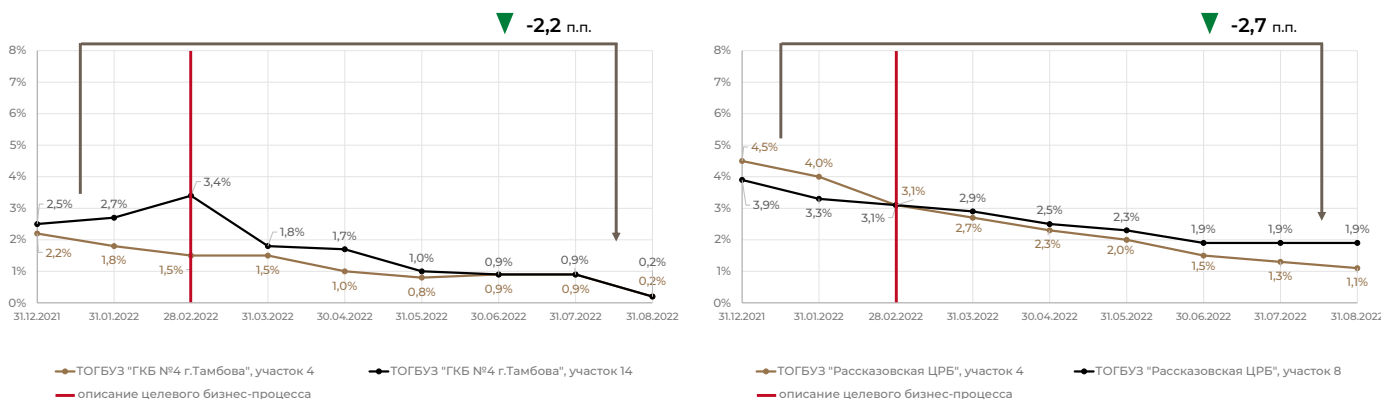
КПЭ 2 Доля лиц, вызвавших скорую медицинскую помощь по причине заболеваний, по которым они находятся под ДН, от общего количества лиц, находящихся под ДН у врача-терапевта участкового, %

г. Севастополь



В рамках внедрения целевого состояния процесса пилотного проекта в МО г. Севастополя была организована преемственность информации о вызовах СМП пациентами из числа прикрепленного населения. Говорить о статистически значимом снижении показателя в МО региона в период до августа 2022 г. не представляется возможным: его колебания остались в низком диапазоне до 1,5%.

Тамбовская область



В Тамбовской области показатель планомерно снижался в связи с внедрением организационных мероприятий по обеспечению коммуникаций между скорой медицинской помощью и пилотными МО. Сформированы списки пациентов, состоящих под ДН с высоким риском осложнений, разработаны и утверждены регламенты работы с пациентами из группы высокого риска осложнений, обеспечена интеграция РМИС и ИС СМП.

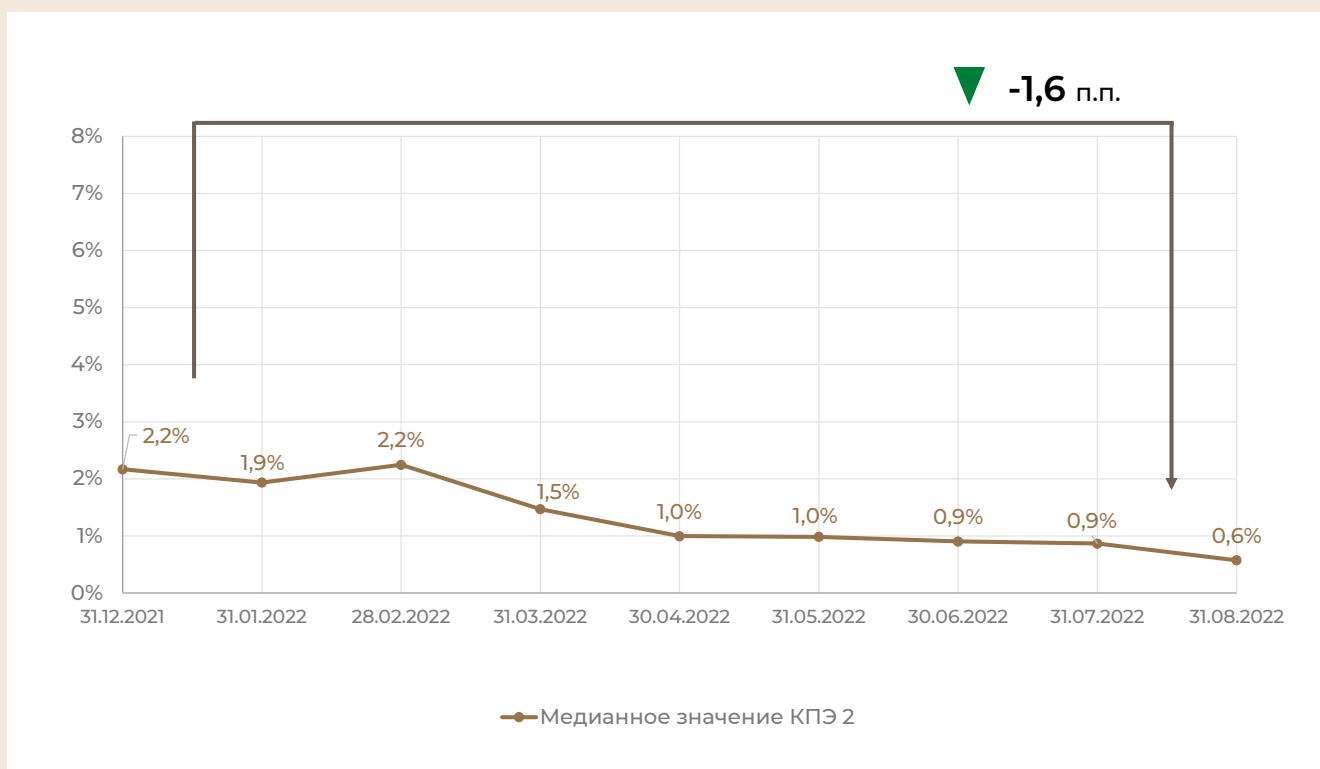
8

Определение групп риска осложнений у лиц, находящихся под диспансерным наблюдением

Результаты внедрения целевого бизнес-процессов в пилотных регионах

КПЭ 2 Доля лиц, вызвавших скорую медицинскую помощь по причине заболеваний, по которым они находятся под ДН, от общего количества лиц, находящихся под ДН у врача-терапевта участкового, %

Медианные значения по всем участкам пилотных медицинских организаций



Снижение доли лиц, вызвавших скорую медицинскую помощь по причине заболеваний, по которым они находятся под ДН, обосновывает необходимость применения мер по определению групп риска осложнений и улучшению преемственности передачи информации между первичным звеном здравоохранения и службами СМП. Изменения показателя могут не в полной мере определяться в динамике одного терапевтического участка, однако медианные значения по всем 24 участкам, принявшим участие в проекте, демонстрируют отчетливое улучшение, обусловленное проведенными мероприятиями.

Описание исходного бизнес-процесса

При оценке исходного уровня организации бизнес-процесса было определено, что он фактически имеет бинарное значение: когда препараты не назначаются и когда препараты назначаются всем, кто перенес нелетальное острое ССС. Такая ситуация обусловлена организацией назначения лекарственных средств и их выдачей сразу при выписке из стационара.

При описании исходного уровня все проблемы процесса курации перенесших острое сердечно-сосудистое событие укладываются в отступление от нормы назначения и выдачи препаратов в стационаре при выписке пациента.

В отдельных случаях функционал назначения препаратов был делегирован медицинским организациям первичного звена и эффективность процесса зависела от качества передачи информации до терапевтического участка.

При наличии передачи информации она не всегда выполнялась в электронном виде, часто имела низкую периодичность ниже четырех раз в месяц. В случае передачи информации отсутствие разбивки сведений о пациентах по признаку прикрепления к участку могло выполняться вручную, что требовало дополнительных ресурсов медицинской организации.

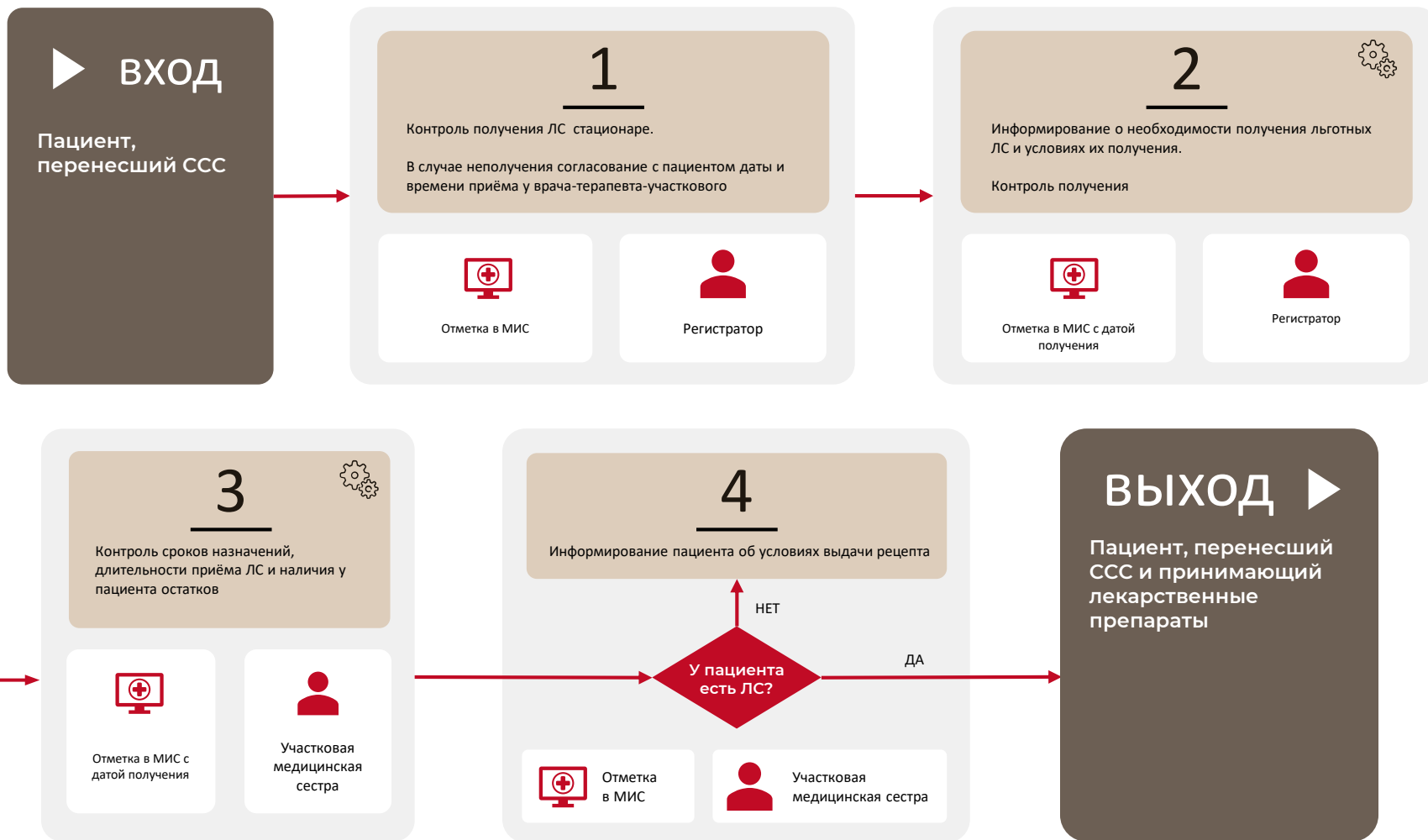
Таблица 13. Описание проблем исходного уровня процесса назначения бесплатных лекарственных средств для пациентов, перенесших ССС

№	Краткое описание проблемы	Организационные меры по решению проблемы
1	Информация о случае ССС не поступает в медицинскую организацию первичного звена по месту прикрепления	Регламент информационного взаимодействия, при котором сведения о случаях ССС приоритетно доводятся до врача-терапевта участкового сразу после выписки из стационара
2	Пациент не приходит после ССС в амбулаторную медицинскую организацию, что приводит к осложнениям и повторным госпитализациям	Проактивное информирование и курацию пациента, перенесшего острое ССС
3	При выписке из стационара пациенту после ССС не назначены на льготные лекарственные препараты	Учет назначений пациентам с ССС в едином информационном пространстве или оперативный обмен информацией между стационарными и амбулаторными службами

Описание целевого бизнес-процесса

- 1.** При завершении стационарного лечения острого ССС, пациенту в обязательном порядке назначаются лекарственные средства (ЛС) и чаще всего предоставляется их запас на разный период. При проживании в городе целесообразно предоставление пациенту ЛС на период не менее 1 месяца, при проживании в отдаленных или труднодоступных районах возможно предоставление пациенту лекарственных средств на период до полугода. Первым этапом процесса является получение актуального статуса назначения и выдачи лекарственных средств пациенту на стационарном этапе. Если по любым причинам пациент не получил назначение на стационарном этапе, требуется это оперативно исправить. Результатом этапа является отметка о дате завершения лекарственных препаратов, выданных на стационарном этапе у пациента.
- 2.** При наличии у пациента назначения ЛС со стационарного этапа, но отсутствии факта получения, требуется информировать его о необходимости медикаментозного лечения и условиях бесплатного получения ЛС. Контроль получения ЛС доступен как путем интеграции сведений о получении ЛС с МИС МО, так и посредством взаимодействия с пациентом по телефону. Приоритетен в организации процесса подход автоматической проверки.
- 3.** Контроль сроков назначений и длительности приема ЛС, исходя из их наличия у пациента может, проводиться как отдельными специалистами, так и в автоматическом режиме. Наличие в МИС функционала реестра пациентов, принимающих ЛС по поводу острых ССС, является оптимальным и позволит обеспечить индикацию тех лиц, которым требуется продление назначений. Результатом этапа является наличие в МО информации о предполагаемой дате окончания остатков лекарственных препаратов, полученных пациентом.
- 4.** После исчерпания остатков назначений ЛС в стационаре процесс должен обеспечить их пополнение и дальнейший прием. Постоянный ответ на вопрос «есть ли у пациента ЛС и информирование об условиях пролонгации назначений» – это цель МО в формировании ценности для пациента. Именно проактивные действия в отношении постоянного контроля за остатками и соблюдением приема ЛС позволяют профилактировать повторные ССС, сохранять жизнь и здоровье пациентов.

9 Назначение бесплатных лекарственных средств для пациентов, перенесших сердечно-сосудистое событие



Легенда:



Вход/
Выход



1 Этап
(операция)



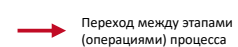
Документ



Ответственный



Запись в медицинской информационной
системе (МИС)



Переход между этапами
(операциями) процесса



Требуется
разработка алгоритма

Требования к входам и выходам процессов

Наименование входа/выхода	Требования
Пациент, перенесший ССС	<ol style="list-style-type: none"> 1. Относится только к нелетальным остро возникшим ССС. 2. Пациент был госпитализирован по поводу ССС и выписан без осложнений.
Пациент, перенесший ССС и принимающий лекарственные препараты	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пациент перенесший ССС находится в группе ДН.

Требуется разработки алгоритма и внедрения в функционал МИС

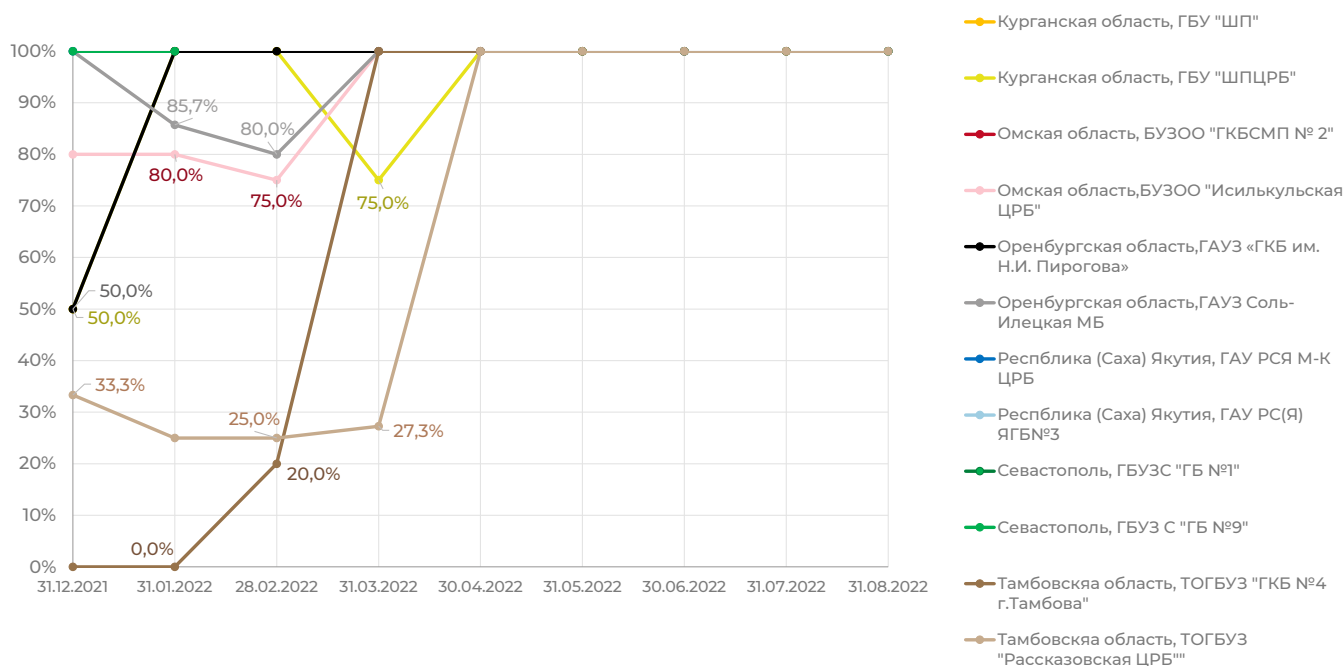
- ▶ Информирование о необходимости получения льготных ЛС и условиях их получения.
- ▶ Контроль получения льготных ЛС.
- ▶ Контроль сроков назначений, длительности приема ЛС и наличия у пациента остатков.

Критерий оценки эффективности

КПЭ 3 Удельный вес пациентов, которым назначили лекарственное обеспечение из числа имеющих право на получение бесплатных лекарственных средств и перенесших сердечно-сосудистое событие (ССС), %

Результаты внедрения целевого бизнес-процессов в пилотных регионах

КПЭ 3 Удельный вес пациентов, которым назначили лекарственное обеспечение из числа имеющих право на получение бесплатных лекарственных средств и перенесших сердечно-сосудистое событие (ССС), %



С декабря 2021 по март 2022 года почти во всех субъектах отмечалось снижение показателя КПЭ, связанное с отсутствием учета лиц, получивших назначения ЛС после выписки из стационара, так и контроля получения ими ЛС. При наличии преемственности между РСЦ и поликлиническими службами в отдельных случаях проблемой являлся срок получения данных, составлявший, например, в Тамбовской области от 5 дней до 1 месяца. Решение организационных проблем путем разработки регламентов и учета лиц, имеющих право на получение льготных лекарственных препаратов по федеральному проекту «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», выгрузка списков пациентов, выписанных из РСЦ в ежедневном режиме, позволили гарантированно добиваться 100% реализации показателя.

При рассмотрении динамики показателя и влияния на него улучшений отмечаются тенденции, характерные для всех субъектов. Основной тенденцией является малое число ежемесячных случаев острых ССС в разрезе терапевтических участков, приводящее к значимым искажениям относительного уровня КПЭ. В отсутствии мер по назначениям и выдаче ЛС сразу при выписке из стационара, показатель чаще всего имеет значение 0%, а при реализации таких мер – 100%. Таким образом, можно сделать вывод о целесообразности применения показателя КПЭ к МО, а не к отдельному участку.

Описание исходного бизнес-процесса

В ходе описания существующих механизмов курации пациентов, перенесших ССС, основной проблемой исходного уровня стало отсутствие информации о пациенте на уровне первичного звена. Как это указано ранее в процессе назначения бесплатных лекарственных средств для пациентов, перенесших ССС, до терапевтического участка не доходили сведения о случае госпитализации пациента, из числа прикрепленного населения.

Распространенными проблемами исходного состояния процесса курации являлись: отсутствие мониторинга, включая дистанционный мониторинг, состояния пациентов, дополнительного информирования и оценки динамики. Это приводило к отсутствию контроля за исполнением назначенной им лекарственной терапии или отсутствию получения препаратов после исчерпания их запасов и продления назначений. В отсутствие решения такие проблемы приводили к вызовам скорой медицинской помощи и госпитализациям таких пациентов, в том числе с повторными ССС.

Таблица 14. Описание проблем исходного уровня процесса курации пациентов, перенесших ССС

№	Краткое описание проблемы	Организационные меры по решению проблемы
1	Пациенту по поводу перенесенного ССС выдано назначение, но он не получил лекарственные препараты	Организовать персонифицированный учет выдачи лекарственных препаратов пациентам с ССС в едином информационном пространстве или оперативный обмен информацией между амбулаторными службами и аптечными организациями
2	Пациент после ССС получил назначение льготных препаратов, но не успел его реализовать и через короткое время с осложнением перенес повторно ССС	Выдача пациенту после перенесенного ССС препаратов при выписке из стационара, обеспечивая запас не менее чем на 1 месяц
3	Пациент после ССС получил ЛС, но они закончились. За повторным назначением пациент не обратился	Обеспечить курацию пациентов, перенесших ССС, а также контроль остатков лекарственных средств, в том числе не только по лекарственным формам, но и дозировкам, и информирование о порядке продления назначений

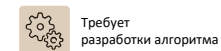
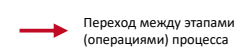
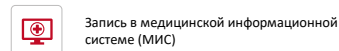
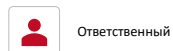
Описание целевого бизнес-процесса

- 1.** Пациенты, перенесшие острое ССС, фигурируют в трех процессах настоящего пилотного проекта. Так, они должны быть отнесены к группе риска в общей структуре находящихся под ДН, должны контролироваться на предмет получения льготных ЛС и дополнительно по поводу текущего состояния. Первым этапом процесса является дополнительная оценка исполнения назначений, выданных таким пациентам в рамках ДН. Это особенно важно, если не организован должным образом процесс контроля назначений за всеми пациентами в группе ДН.
- 2.** На втором этапе проводится курация пациента по телефону с целью определения динамики его состояния. В этой операции доступны к реализации цифровые и дистанционные помощники. Курация пациентов может быть организована с применением роботизированного обзвона, с автоматической передачей результатов в электронную медицинскую карту. Дистанционные помощники рекомендуются к использованию в данном процессе, поскольку позволяют снизить число визитов в МО для пациента и обеспечить непрерывное наблюдение за пациентом по отдельным параметрам.
- 3.** Все меры контроля направлены на оценку динамики состояния и мер, принимаемых в меру результативности сделанных назначений. Если состояние пациента ухудшается, это свидетельствует о неэффективности назначений или нарушении приема ЛС.
- 4.** В случае ухудшения состояния с пациентом нужно оперативно согласовать условия корректировки назначений. Для этого требуется выделить резервы приема врача-терапевта участкового и согласовать с пациентом ближайшую доступную дату и время явки. Рекомендуется решить вопрос с корректировкой назначений в случае признаков ухудшения состояния пациента в период, не превышающий 24 часов.

10 Курация пациентов, перенесших сердечно-сосудистое событие



Легенда:



Требования к входам и выходам процессов

Наименование входа/выхода	Требования
Пациент, перенесший ССС и принимающий лекарственные препараты	1. Пациент перенесший ССС находится в группе ДН.
Пациент, перенесший ССС без рецидива в течении двух лет	1. Без госпитализаций и вызовов СМП по поводу заболеваний, по поводу которых пациент находится под ДН.

Требуется разработки алгоритма и внедрения в функционал МИС

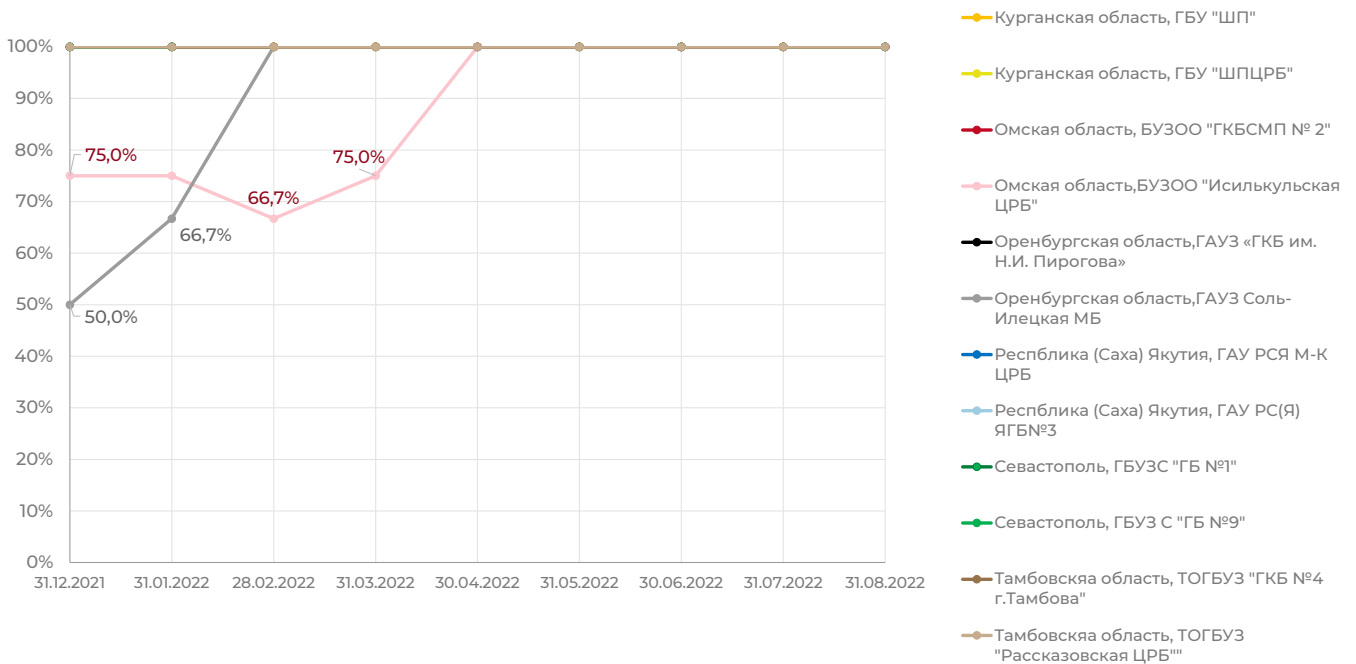
- ▶ Курация пациента по телефону с целью определения динамики состояния.

Критерий оценки эффективности

КПЭ 5 Доля пациентов, получивших лекарственные средства от числа пациентов, имеющих право на получение бесплатных лекарственных средств и перенесших ССС, %

Результаты внедрения целевого бизнес-процессов в пилотных регионах

КПЭ 5 Доля пациентов, получивших лекарственные средства от числа пациентов, имеющих право на получение бесплатных лекарственных средств и перенесших ССС, %



До начала реализации проекта в пилотных регионах уже осуществлялось обеспечение лекарственными препаратами пациентов, перенесших ССС.

В части субъектов назначение лекарственных препаратов реализовывалось на этапе стационарного лечения и при выписке из стационара пациентам предоставлялись препараты. При такой ор-

ганизации льготного лекарственного обеспечения пациентам после ССС, показатель КПЭ исполнялся на всех участках пилотных медицинских организаций на уровне 100% за весь период наблюдения. Там, где такие меры не были организованы, показатель достигал 100% значения сразу после их применения.

Перечень экспертов

Тамбовская область	
Кунгурцев Олег Владимирович	ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России
Жамалов Линар Маратович	ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России
Косарев Александр Джимович	ГК «РОСАТОМ»
Баженов Николай Дмитриевич	Региональные эксперты
Артемьева Марина Александровна	
Поляков Александр Владимирович	

Республика Саха (Якутия)	
Котловский Михаил Юрьевич	ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России
Шаврова Татьяна Николаевна	ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России
Эпова Елена Олеговна	ГК «РОСАТОМ»
Соловьева Алла Валентиновна	Региональные эксперты
Крячкова Ольга Владимировна	
Ганзя Денис Дмитриевич	

Омская область	
Смышляев Алексей Викторович	ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России
Шаврова Татьяна Николаевна	ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России
Андрюшкевич Никита Юрьевич	ГК «РОСАТОМ»
Кабирова Юлия Албаровна	Региональные эксперты
Тасова Зульфия Байтуяковна	
Голошубина Виктория Владимировна	

г. Севастополь	
Чухриенко Ирина Юрьевна	ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России
Высочков Владимир Сергеевич	ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России
Егоров Вадим Анатольевич	ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России
Думчев Сергей Николаевич	ГК «РОСАТОМ»

Оренбургская область	
Шелгунов Владимир Александрович	ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России
Жамалов Линар Маратович	ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России
Дубровская Наталья Юрьевна	ГК «РОСАТОМ»
Курмангулов Альберт Ахметович	Региональные эксперты
Решетникова Юлия Сергеевна	

Курганская область	
Зубко Александр Владимирович	ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России
Раковская Юлия Сергеевна	ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России
Пазин Роман Михайлович	ГК «РОСАТОМ»
Мазунина Светлана Диановна	Региональные эксперты
Бобрович Владимир Владимирович	

Команда проекта

Пилотный проект реализован совместно:



ЦНИИОИЗ
Центральный научно-исследовательский
институт организации и информатизации
здравоохранения



РОСАТОМ

Кураторы проекта:

- ▶ Фисенко Виктор Сергеевич
- ▶ Кобякова Ольга Сергеевна
- ▶ Семенова Татьяна Владимировна
- ▶ Драпкина Оксана Михайловна
- ▶ Грабельников Константин Владимирович

Разработчики:

- ▶ Деев Иван Анатольевич
- ▶ Шепель Руслан Николаевич
- ▶ Тюфилин Денис Сергеевич
- ▶ Дроздова Любовь Юрьевна

Руководитель проекта:

- ▶ Страдымов Федор Иванович



ЦНИИОИЗ

Центральный научно-исследовательский
институт организации и информатизации
здравоохранения

analitika@mednet.ru
mednet.ru

Telegram-каналы:

